UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1917 — N° 4

Contribution à l'Étude de la Protection des Enfants en bas âge

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ D'ALGER

MENTION MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 3 juillet 1917

PAR

Madame HARKAVY (Véra)

Née à Dvinsk (Russie) le 17 Décembre 1885

MEMBRES DU JURY :

MM. CRESPIN, *Professeur de clinique médicale infantile*..... PRÉSIDENT.

ROUVIER, *Professeur de clinique obstétricale*.....

GILLOT, *Agrégé (médecine générale)*..... ASSESSEURS.

MONTPELLIER, *Chargé des fonctions d'agrégé*.....

ALGER
IMPRIMERIE ALGÉRIENNE
1917

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1917 — N° 4

Contribution à l'Étude de la Protection des Enfants en bas âge

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ D'ALGER

MENTION MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 3 juillet 1917

PAR

Madame HARKAVY (Véra)

Née à Dvinsk (Russie), le 17 Décembre 1885

MEMBRES DU JURY :

MM. CRESPIN, *Professeur de clinique médicale infantile*..... PRÉSIDENT.

ROUVIER, *Professeur de clinique obstétricale*..... } ASSESSEURS.

GILLOT, *Agrégé (médecine générale)*..... }

MONTPELLIER, *Chargé des fonctions d'agrégé*..... }

ALGER
IMPRIMERIE ALGÉRIENNE
1917

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (✻, I. ✪).
ASSESSEUR..... TRABUT (✻, I ✪, O. ✿).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (I. ✪).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✪).
Physiologie	REY (✻, I. ✪).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	X.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (✻, I. ✪).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻, I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, A. ✪).
Clinique médicale infantile	CRESPIN (I. ✪).
Chimie médicale et toxicologie	MALOSSE (I. ✪, ✿).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✪).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻, I. ✪, O. ✿).
Pathologie générale, microbiologie	SOULIÉ (I. ✪).
Hygiène et médecine légale	X.
Histologie	ARGAUD (I. ✪).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✪).

PROFESSEURS HONORAIRES

M. A. TREILLE (✻). | M. E. BRUCH (O. ✻, I. ✪).

CHARGÉ DE COURS, PROFESSEUR ADJOINT

Chimie biologique..... M. SAMBUC (I. ✪).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine générale	MM. GILLOT (I. ✪)
Physiologie	BATTEZ.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM. LEBLANC (A. ✪).
Chaires de pathologie, de clinique externe et de clinique obstétricale	E. CABANES (A. ✪). FUSTER (✻, A. ✪).
Chaires de chimie et de physique	MALOSSE (A. ✪).
Chaires de pharmacie et de matière médicale	MUSSO.
Section de médecine générale	RAYNAUD.
Section de chirurgie	LOMBARD. PÉLISSIER.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine	NÈGRE.
Section des Maladies des Pays-chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	MONTPELLIER.

Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette Thèse :

A mon Père et a ma Mère

A mon Mari

A mes Sœurs et a leur Famille

A la mémoire de Mounia

Aux Miens et a mes Amis

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur J. CRESPIN

Professeur de Clinique Médicale Infantile

a la Faculté de Médecine d'Alger

A mes Juges

A tous mes Maitres

de la Faculté de Médecine de Paris

et de la Faculté de Médecine d'Alger

AVANT-PROPOS

Avant d'entreprendre notre modeste travail, nous voulons exprimer toute la reconnaissance que nous devons à l'accueil si paternel, aux leçons si vivantes et si lumineuses que nous ont prodiguées nos maîtres de Paris. MM. les Professeurs Rénon, Barth, Quénu, Pinard, Pozzi et Hutinel, ainsi que tous nos maîtres de la Faculté d'Alger, auprès desquels nous avons trouvé les meilleurs encouragements au cours de notre dernière année d'études.

Nous nous acquittons ici, avec bonheur, d'une dette de gratitude envers notre maître, M. le Professeur Crespin, qui nous a inspiré l'idée de cette thèse, nous a aidée de ses conseils précieux en même temps qu'il nous a fait l'honneur d'en accepter la Présidence. Nous avons toujours trouvé dans son service à l'Hôpital de Mustapha un accueil amical et bienveillant, ainsi qu'un brillant enseignement. Nous lui gardons une profonde reconnaissance.

Nous saluons avec respect nos amis et camarades tombés dans cette guerre inhumaine. Notre souvenir attristé va vers notre cher ami de France, le docteur Véteau et nos camarades d'Alger, les docteurs Allaux, Mantout, et tant d'autres victimes glorieuses de leur devoir.

Nous formulons l'espoir que leur sacrifice ne sera pas vain. Nous avons la certitude absolue que toutes les démocraties alliées, unies dans la même volonté de vaincre, feront triompher notre belle cause, et que, rendus à leurs études, nos camarades qui auront échappé à la mort, se mettront au travail pour la rénovation physique et sociale de la race qu'ils auront aidé à libérer.

INTRODUCTION

A mesure que, sur les champs de bataille, coule le sang de nos hommes les plus jeunes et les plus forts, à mesure que, dans sa lutte de plus en plus féroce pour la défense de son patrimoine d'idéal et de liberté, l'élite de la nation, l'espoir des générations futures est fauchée par la mort, la question se pose, angoissante, de l'avenir de notre race.

Et il faut s'arracher aux horreurs de la guerre, envisager la triste situation dans laquelle se trouve notre malheureux pays. Il faut intensifier la campagne, en vue de l'accroissement de la natalité et pour la sauvegarde des tout petits, victimes innocentes et trop nombreuses, hélas ! de la misère ou de l'ignorance de leurs parents et insuffisamment défendus par la législation actuelle.

Nous nous proposons, dans ce travail, d'étudier les remèdes préconisés pour la protection de l'enfance. En traitant ce sujet, nous serons obligée d'abandonner souvent la question médicale pure, et de faire des incursions dans le champ social. Mais l'étude de la puériculture est intimement liée à celle des questions sociales et le médecin qui s'y consacre est contraint d'en tenir compte.

Un des meilleurs moyens de protection de l'enfance est l'Institution des Consultations de nourrissons. Nous étudierons leur influence, en même temps que nous décrirons le fonctionnement matériel et clinique de la Consultation de nourrissons créée à l'Hôpital civil de Mustapha, à Alger, par l'Administration supérieure.

Nous essayerons ensuite, de condenser en un bref plan général de puériculture en Algérie, les enseignements et les expériences que des hommes de cœur et

de science ont mis au service de la lutte contre la dépopulation en France.

Nous n'avons pas la prétention de créer une œuvre originale, la question de l'assistance et de la protection infantile a été et est de plus en plus étudiée.

Mais nous pensons qu'on ne doit cesser d'utiliser les arguments et les faits, même les plus anciens et les plus connus. C'est par leur répétition qu'on en pénétrera tous les esprits, et, si nous avons pu apporter une aide, serait-elle des plus modestes, à la diffusion de ces idées qui nous sont chères, nous estimerons que notre travail n'aura pas été inutile.

CHAPITRE Ier

La dépopulation de la France. — Diminution de la natalité. — Mortinalité et mortalité infantile

Dans le tableau de l'accroissement par 1.000 habitants dans les divers Etats d'Europe (1), la France tient le dernier rang avec la moyenne de 7 (Angleterre 115, Allemagne 141), elle est également à la dernière place dans le tableau du nombre moyen des naissances par 1.000 habitants : 21,4. (Hongrie 42,8, Allemagne 35,1) (2).

Plus éloquente encore, est la statistique officielle de la décroissance de la natalité en France de 1874 à 1915

Périodes	Naissances en France par 1.000 habitants.
1874-76	26.1
77-79	25.3
83-85	24.7
86-88	23.7
89-92	22.5
96-98	22.2
99-1901	21.8
1902-04	21.2
05-07	20.3
08-10	19.8
11-15	18.2

La diminution n'est pas seulement proportionnelle au chiffre de la population ; même en nombres absolus elle est considérable :

(1) Ch. Richet : La dépopulation en France (*Bullet. de l'Acad. de Médec.*, 15 mai 1917).

(2) M. Cambillard : *Revue Philanthropique*, tome II, p. 233.

Naissances annuelles		Naissances annuelles	
1876....	1.011.362	1905....	807.290
1881....	937.057	1906....	806.847
1886....	912.838	1907....	772.681
1891....	866.377	1908....	792.178
1896....	865.586	1909....	769.565
1901....	857.274	1910....	774.390
1902....	845.378	1911....	742.114
1903....	826.712	1912....	750.651
1904....	818.229	1913....	745.539

Nous assistons au lent glissement de la nation sur la pente de la dépopulation, et nous comprenons les cris d'alarme jetés par tous les hommes soucieux des intérêts de leur pays.

Les conséquences de cet affaiblissement de la natalité sont : que dans 5 années, de 1906 à 1911, le chiffre des décès a dépassé à deux reprises celui des naissances : de 20.780 en 1907 et de 32.974 en 1911. A la veille même de la guerre, la statistique nous apprend que pendant le premier semestre de 1914, notre population avait diminué de 24.816 habitants. Le nombre des naissances avait diminué de 3.971 unités alors que le nombre des décès augmentait de 20.845.

En Algérie, où vit une population européenne à côté d'une population indigène, on constate une natalité plus forte, mais il est difficile de donner des chiffres tout à fait probants ; l'immigration continue de nouveaux colons fausse les calculs. Il faut tenir compte de cet important facteur dans l'accroissement de la population européenne qui s'est augmentée de plus de 168.000 habitants en 10 ans (1901-1911) (1).

A côté de ce premier facteur de dépopulation par décroissance de la natalité, se place un autre élément

(1) Population totale de l'Algérie. Recensement 1911 : 5.492.569 habitants dont 752.043 Européens et 562.931 Français.

non moins important d'affaiblissement : la mortinatalité.

Dans son Etude sur la répartition de la mortinatalité en France, Chambrelent (1) constate qu'il y a plus de 30.000 mort-nés par an dans toute la France.

Pendant les années 1907-08-10, il y avait dans notre pays un mort-né pour 22 enfants déclarés vivants, soit 45 mort-nés pour 1.000 naissances. En 1913, la statistique accuse 44 ‰, soit près d'un enfant mort-né pour 20 naissances.

La population urbaine fournit le plus gros chiffre de la mortinatalité. Paris et le département de la Seine ont le triste privilège de venir en tête de la liste avec le chiffre impressionnant de 62 ‰, et nous constatons qu'en 1911, sur 74.111 enfants vivants, il y a eu 4.598 mort-nés.

Le professeur Pinard (2) rapporte que du 1er août 1913 au 1er août 1914, la mortinatalité s'est élevée dans Paris à 7,69 % (48.197 naissances, 3.711 mort-nés).

Dans les autres villes de France, la moyenne est moins forte, mais encore respectable (55 ‰). Dans la population rurale, elle est de 39 ‰. Les départements industriels paient le plus grand tribut à cette léthalité, dans le Nord elle atteint 50,9 ‰, et dans la Loire 52,2 ‰.

Dans le camp retranché de Paris, pendant la guerre, la mortinatalité était de 6,63 % en 1915 et 7,67 % en 1916. Par ces statistiques on voit qu'en France, la mortinatalité générale reste stationnaire avec une légère tendance à décroître.

Un autre facteur de dépopulation réside dans la mortalité infantile.

Il naît, en France, environ 800.000 enfants par an. Nous en avons perdu :

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine* 1913, p. 626.

(2) *Bulletin de l'Académie de Médecine* 1915 (5 octobre).

en 1908.....	102.269
1909.....	92.622
1910.....	88.033
1911.....	118.205

C'est donc environ 100.000 enfants que nous perdons chaque année (Bertillon).

MM. Balestre et Gilletta de St-Joseph de Nice (1) ont calculé que la population urbaine, tiers de la population en France, perd bénévolement tous les ans 30.000 enfants qui auraient pu être sauvés.

Le professeur Marfan, dans sa magistrale leçon inaugurale de la Chaire d'Hygiène et de Clinique de la 1re enfance à la Faculté de Médecine à Paris (2) nous apprend qu'en France, « au début du XXe siècle », sur 1.000 naissances, il se produit :

150 décès dans la 1re année (46 dans le 1er mois, 17 dans les 5 premiers jours).
50 décès dans la 2e année.
25 décès dans la 3e année.
17 décès dans la 4e année.
13 décès dans la 5e année.
56 décès de 5 à 10 ans.
34 décès de 10 à 15 ans.

C'est donc dans la 1re enfance que la mortalité est la plus élevée.

Par rapport aux autres nations d'Europe, la France tient une meilleure place pour la mortalité infantile que pour la mortinatalité. Pour 1.000 décès généraux, les décès de 0 à 1 an sont :

Norvège.....	67	France.....	134
Suède.....	77	Italie.....	156
Angleterre...	121	Allemagne.	178

Russie : 272 (3)

(1) Etude sur la mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897.
(2) *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, 1915.
(3) *Province Médicale*, 1911.

Notre regretté camarade, le Dr Mantout (1), fait suivre ces chiffres par les suivants :

Algérie..... 232 Européens
158 Indigènes

Ce total place l'Algérie parmi les pays où la mortalité infantile est la plus forte.

Cependant, la mortalité infantile est depuis 50 années, en décroissance marquée dans les 30 dernières années surtout. Vers 1830, la mortalité infantile, d'après Quetelet (2), était de 224,72 ‰ ; elle est maintenant de 132 ‰. On doit certainement l'attribuer aux progrès de la lutte menée contre la léthalité et à la diffusions des notions d'hygiène infantile. Mais est-ce la seule raison ? Ne devrait-on pas y voir aussi une conséquence du décroissement de la natalité ? Les enfants de 0 à 1 an qui pèsent si lourdement sur les statistiques, naissent bien moins et le taux de la mortalité générale s'en ressent.

Mais il n'en est pas moins constaté que la décroissance de la natalité, la mortinatalité et la mortalité infantile sont les fléaux qui déciment notre pays.

Les causes, les remèdes

La diminution de la natalité est-elle la conséquence d'une dégénérescence de la race qui frappe les nombreux ménages français sans enfants, ou avec un ou deux enfants seulement ? N'est-ce pas plutôt une restriction volontaire de la natalité ?

Bien que M. Macquart (3) prétende que « plus l'animal se perfectionne moins il est fécond, au développement des facultés intellectuelles correspond un décroissement de la force génératrice », nous penchons plutôt vers la seconde hypothèse.

(1) Mantout : La Mortalité Infantile en Algérie. (*Thèse Alger* 1914).
(2) Rouvier : Précis d'Hygiène de la 1re enfance.
(3) Macquart : *Grande Revue*, 1901.

Nombreux, en effet, sont les jeunes ménages qui se sont fixés une date éloignée pour avoir leur premier enfant ; plus nombreux encore sont les couples qui en ont d'avance limité le nombre.

En 1891, à Paris, il y avait : (1)

Pas	d'enfant vivant	dans 28.824	famil. soit	21,9 %
1	— —	33.648	—	22,4 %
2	— —	27.889	—	21,2 %
3	— —	16.694	—	12,7 %
4	— —	9.153	—	6,9 %
5	— —	4.466	—	3,4 %
6	— —	2.149	—	1,6 %
7	et au-dessus —	1.688	—	1,3 %

Ch. Richet (2) qui se pose la même question conclut, qu'en France, les couples se limitent volontairement à 3 enfants et même moins. Il en est de même, d'ailleurs, pour l'Angleterre où ils se limitent à 4, en Allemagne à 5, comme en Russie et en Roumanie, et, d'après lui, la cause en est le désir de ne pas s'imposer la charge pécuniaire qu'aggrave la venue au monde de chaque nouvel enfant.

En effet, charge pour la population urbaine, l'enfant depuis l'extension du machinisme agricole est aussi une charge pour le paysan, car il n'est plus l'ouvrier futur que recherchaient les parents dans la population rurale. Bien au contraire, c'est la perspective du morcellement de la propriété familiale par suite du plus grand nombre d'héritiers. L'enfant voit donc sa place diminuée dans les foyers de la campagne. Et la question d'héritage est prépondérante, aussi bien dans les villes que dans les campagnes, dans les classes riches et aisées.

Restent l'ouvrier, l'employé et le paysan pauvre,

(1) Ch. Richet : *Bulletin de l'Académie de Médecine* 1917.

(2) Ch. Richet : La dépopulation de la France. *Revue des Deux-Mondes*, 15 mai 1915.

pour lesquels l'accroissement du nombre de leurs enfants ne devrait pas être une source d'appauvrissement, pour ne point qu'ils restreignent la natalité dans leurs familles.

Un remanîment de notre budget, une modification profonde des lois successorales, une échelle nouvelle d'impôts frappant les célibataires et les ménages sans enfants, une transformation des lois militaires en faveur des pères de trois enfants et plus, pourraient seuls y parvenir.

C'est le bouleversement souhaitable, certes, mais long à accomplir, de tout l'état social actuel. Il faut donc nous attaquer à l'ennemi que nous pouvons combattre plus rapidement et aussi plus efficacement : la mortinatalité et la mortalité infantiles.

On peut dire avec le Dr Gœpfert (1) que la mortinatalité reconnaît une cause principale : le surmenage de la femme enceinte.

« Surmenage physique de la femme mariée, surmenage physique et tortures morales de la fille-mère, surmenage physique de la mondaine — vain et improductif celui-là — telles sont les causes principales de la mortinatalité ».

Certes, d'autres facteurs étiologiques viennent s'y ajouter. La syphilis, l'alcoolisme, le paludisme, la tuberculose, la blennorragie ont leur part dans l'hécatombe infantile ; mais la principale cause est la situation de l'ouvrière, depuis celle qui travaille à l'usine jusqu'à l'employée, et la situation de la femme victime du préjugé de la fille-mère.

M. Barella (2) (Rapport à l'Académie royale de Médecine de Belgique) dit : « En France, en Belgique, par« tout au-dessous d'un an, il meurt, toutes proportions

(1) Gœpfert : Protection et assistance de l'enfant. (*Thèse* Nancy, 1904).

(2) Bernson : Nécessité d'une loi protectrice pour la femme ouvrière. (*Thèse*, Lille, 1899).

« gardées, beaucoup plus d'enfants illégitimes que d'en-
« fants légitimes. D'après un tableau dressé par Bertillon,
« sur 1.000 enfants légitimes mâles en France, il en
« meurt 207,3 dans la première année de la vie, tandis
« que 432 succombent sur 1.000 illégitimes. A Bru-
« xelles, il meurt, en moyenne, par année 238,9 enfants
« illégitimes contre 186,7 légitimes. »

A Kœnigsberg, il est mort, dans la période 1875-82 (1) 55,32 % d'enfants illégitimes et 27,41 % d'enfants légitimes de 0 à 1 an.

Le Dr Delobel (2) indique que dans le département de l'Oise, il a constaté 6,97 % de décès chez les enfants légitimes et 9,80 % chez les illégitimes.

C'est dans la protection et l'assistance que nous devrons chercher une arme contre ce fléau. C'est dans la « trinité tutélaire », selon l'expression du professeur Pinard, dans la protection sociale, légale et médicale que nous trouverons un remède.

Protection et assistance de la mère avant et après l'accouchement, soins physiques, matériels et moraux, pour l'ouvrière, l'employée, la domestique mariée ou non, tel est le but à atteindre pour, sinon augmenter la natalité, du moins enrayer la mortinatalité.

Il faut surtout rayer le mot « fille-mère » de notre langue, il faut par la maternité secrète, telle qu'elle est pratiquée à Paris et les grandes villes de France, sauver la mère de toutes les pensées d'avortement et d'infanticide, auxquelles la contraignent les préjugés courants. Il faut des asiles qui l'abriteront pendant l'allaitement et lui faciliteront ce devoir. Il faut, enfin, qu'elle soit assistée au même titre que les femmes légitimes par l'Assistance privée et publique.

(1) Bernson : Nécessité d'une loi protectrice pour la femme ouvrière. (*Thèse*, Lille, 1899).

(2) Delobel : 25 années de protection des enfants du 1er âge dans le département de l'Oise (1899-1913). (*Le Nourrisson*, novembre 1916).

MM. Ballestre et Gilletta (1) ont étudié la proportion des causes de léthalité infantile, basée sur le chiffre des naissances dans 681 villes de France pendant 6 ans (1892-1897).

Sur 1.000 enfants qui succombent :

384,70 meurent de gastro-entérite,
170,76 meurent de débilité congénitale,
147,29 meurent d'affections des voies respiratoires,
24,70 meurent de tuberculose,
49,61 meurent de maladies contagieuses,
222,92 meurent de maladies diverses.

La gastro-entérite joue donc un rôle néfaste dans la vie des enfants. La statistique suivante (2) en est une preuve.

	Décès par gastro-entérite	Décès d'enfants de 0 à 1 an
1906....	41.699	199.237
1907....	30.698	104.237
1908....	32.236	102.386
1909....	25.773	92.622
1910....	24.652	88.033
1911....	46.769	118.205

Au chiffre des décès par gastro-entérite, on peut encore ajouter les nombreux décès classés sous la rubrique « maladies diverses » qui sont dus, entre autres, aux « convulsions » que déterminent souvent les troubles gastro-intestinaux.

En Algérie, la gastro-entérite, en prenant comme moyenne le chiffre de la mortalité d'enfants de 0 à 1 an pendant 5 ans (1908-12), cause environ 660 décès sur 2.330 (Mantout). Ce chiffre pris dans les listes de statistiques officielles d'Algérie, doit encore être augmenté d'une partie des décès classés sous la rubrique « maladies diverses ou non déclarées » dont le chiffre est plus

(1) Ballestre et Gilletta. *Loc. cit.*
(2) Mantout. *Loc. cit.*

élevé à lui seul que le nombre des maladies déclarées (1670).

La débilité congénitale vient en second rang dans la statistique de MM. Ballestre et Gilletta, alors que la tuberculose tient la dernière place avec 24,70 ‰. La tuberculose du nourrisson est bien plus fréquente qu'on le pense, nombre d'enfants considérés comme des atrophiques purs, sont en réalité des tuberculeux ; les procédés d'investigation actuels (cuti, intra-dermo réaction, radioscopie) permettent de s'en rendre compte plus facilement qu'autrefois.

Parmi les causes de mortalité infantile, les troubles digestifs, la débilité congénitale, la broncho-pneumonie, la tuberculose, la syphilis héréditaire sont des maux évitables.

En protégeant la mère pendant et même avant la gestation, on supprimera en partie les dangers de la syphilis héréditaire et de la débilité congénitale. Le Pr Marfan (1) dit : « La puériculture ne doit pas s'appliquer seulement à la période qui suit la naissance, mais à la gestation et à la procréation. Le professeur Pinard et ses élèves ont attiré l'attention sur cette « puériculture intra-utérine » et ont demandé des mesures de protection pour la femme gravide.

Pour les maladies des voies respiratoires, broncho-pneumonie et tuberculose, les soins du docteur et l'hygiène de l'enfance enseignée aux mères et aux nourrices seront les meilleures armes.

La mauvaise alimentation est la raison exclusive des cas de gastro-entérite aiguë qui se produisent chez le nourrisson. Elle n'est jamais observée sur un enfant élevé complètement au sein. Il faut en déduire comme principe la nécessité de l'élevage au sein. En encourageant l'allaitement au sein, nous supprimerons pour ainsi dire la gastro-entérite aiguë chez les nourrissons de 0 à 1 an.

(1) Marfan. *Loc. cit.*

Mais la gastro-entérite aiguë n'est pas la seule, la gastro-entérite chronique s'installe chez le nourrisson mal alimenté et le mène à l'athrepsie et à la mort.

Ici il faut incriminer l'allaitement artificiel, mal dirigé, le plus souvent encore. Ou la mère n'a pas eu les moyens de donner du bon lait à l'enfant à cause de la misère dans laquelle elle se trouve ; ou bien elle en a donné trop, ou encore pas assez, par suite de son ignorance.

Ainsi, de quelque côté que nous nous tournions, notre tâche est nettement indiquée. Pour remédier à la dépopulation de la France, pour tâcher d'arracher à la mort, les milliers de petits êtres qu'elle prélève indûment et que nous lui laissons criminellement prendre chaque année, il faut agir par l'Assistance et l'Enseignement.

A l'Assistance publique et privée, appartient le soin de protéger légalement et matériellement la mère et l'enfant, c'est au médecin qu'incombe le devoir de les préserver physiquement et de les instruire.

Nous verrons dans le chapitre suivant comment cette assistance s'est exercée, nous en marquerons les heureux résultats en même temps que les insuffisances, et nous nous efforcerons de rechercher les moyens de rendre ces efforts plus efficaces.

CHAPITRE II

La protection de l'enfance. — Avant la naissance

La première nécessité qui s'impose pour la préservation de l'enfant, c'est de protéger sa mère.

« L'Assistance Maternelle, est le support de l'hygiène infantile » dit Paul Strauss. Cette assistance doit s'exercer tout d'abord avant la naissance de l'enfant, pour le sauver de la syphilis héréditaire et de la débilité congénitale, et aussi pendant l'accouchement.

Elle doit assurer à la femme enceinte le repos physique et moral nécessaires pendant les derniers mois de la grossesse, lui éviter tout traumatisme, la soumettre à la surveillance médicale pour conjurer les effets de la syphilis et de l'auto-intoxication gravidique. Elle doit également procurer à la mère après ses couches, le repos nécessaire à son rétablissement et lui permettre d'allaiter son enfant dans les meilleures conditions.

C'est l'origine des refuges, asiles-refuges, refuges-ouvroirs : Recueillir la femme quand sa grossesse est un fardeau pour elle, l'héberger, la soigner jusqu'au jour de son accouchement, tel est le but que poursuivent les fondateurs de ces œuvres.

La bienfaisance privée a précédé, là, l'Assistance publique : l'Asile St-Michel fut fondé en 1858, par des dames charitables mais victimes des préjugés courants, et un asile de ce genre fut créé par Madame Béquet en 1892 à Paris. Cette dernière fondation est le type du refuge ouvroir : admission sans enquête, accueil à toutes les femmes, quelle que soit leur situation légale, large tolérance, travail peu fatigant, instructions et conseils pour leur vie de future nourrice, tel est l'esprit qui dirige le fonctionnement de cet asile. L'exemple fut

suivi par la Ville de Paris qui créa, en 1893, l'Asile Michelet sur ce modèle.

Il existe encore quelques œuvres de ce genre à Paris ; en province, par contre, elles sont rares.

On ne peut contester la grande utilité de ces fondations qui permettent à la surveillance médicale de s'exercer avec fruit pendant la dernière période de la grossesse, et les résultats obtenus, contrôlés par le professeur Pinard, démontrent que les nouveaux-nés ont, en moyenne, un poids supérieur de 300 gr. à celui des enfants nés d'ouvrières ayant travaillé jusqu'à l'accouchement (1).

Ces « sanatoria de grossesse », selon l'expression de P. Strauss, doivent être répandus dans toutes les villes de France et dans celles des colonies ; ils le méritent par la noblesse de la conception qui a présidé à leur institution et par les services qu'ils rendent. Ils sont parmi les armes les plus efficaces dans la lutte contre l'abandon maternel et l'avortement.

Ces fondations s'adressent surtout à la femme non mariée ou séparée de son mari, mais celle qui reste à son domicile et pour laquelle, aux soucis moraux qu'occasionne souvent la venue d'un nouvel être à nourrir, s'ajoute la fatigue des soins du ménage, quelle assistance reçoit-elle ?

On lui accorde un « secours de grossesse » : une somme de 10 francs, quelquefois 15 francs, rarement 20 francs pendant les deux derniers mois de la gestation, à Paris ; mais dans la plupart des villes de province... rien.

Pendant les derniers mois de la grossesse, la plupart des femmes d'ouvriers sont livrées à elles-mêmes, et, lorsque la protection médicale intervient, il est souvent trop tard pour l'enfant qui subit les conséquences des troubles de sa vie intra-utérine.

(1) *Congrès National d'Hygiène*, 1900.

Ce sont encore des Sociétés de bienfaisance privée qui viennent en aide, dans ce cas, à l'Assistance publique. Mais elles n'interviennent souvent qu'au dernier mois de la grossesse et plutôt pour préparer l'accouchement.

Lorsque ce moment arrive, la femme indigente peut recourir à la Maternité, ou au concours gratuit, à domicile, d'une sage-femme ou d'un médecin. Elle bénéficie de la loi de 1893 qui met à la charge de la Municipalité l'assistance médicale gratuite, et lui donne également le droit aux secours pharmaceutiques.

Des œuvres se sont fondées pour compléter l'efficacité de cette loi, insuffisante, parce qu'elle ne continue pas à la bénéficiaire les soins nécessaires après l'accouchement.

La « Société de Charité Maternelle » a été fondée en 1784. Comme toutes les œuvres trop anciennes, elle ne s'est pas adaptée aux idées de tolérance et de justice sociale, elle ne secourt que les femmes légalement mariées. Elle rend cependant des services incontestables en distribuant des layettes et des secours aux accouchées.

En 1814, les « Sœurs de la Charité Maternelle de Metz », œuvre fondée par le Dr Morlanne, s'occupent rationnellement de l'accouchée et de son intérieur pendant la première semaine.

Mademoiselle Chaptal a organisé tout récemment à Paris, dans le quartier de Plaisance, l'assistance aux femmes dès le début de la grossesse. Pour empêcher la femme d'aller accoucher à l'hôpital et ne pas la séparer de sa famille, on lui envoie quelque temps avant l'accouchement une femme de ménage qui l'aide pendant 4 à 5 heures par jour. Dans le cas où la mère part à l'hôpital, la femme de ménage reste pour veiller à ce que l'absence de la femme ne trouble pas les habitudes de la famille. Des infirmières rétribuées sont chargées de veiller à l'exécution des prescriptions médicales et à l'hygiène du logement ; des bons d'alimentation permettent à la mère

de nourrir son enfant dans de bonnes conditions. Lorsque la mère a repris ses occupations après l'accouchement, on confie l'enfant à une crèche en plein air, où il est surveillé par des infirmières instruites dans une école où elles séjournent deux ans. Cet exemple devrait être généralisé.

En 1897, le docteur Pecker, de Maule, fonde l'« Association des Dames Mauloises » qui secourt les femmes enceintes, pendant un mois avant les couches et un mois après l'accouchement. Cette œuvre se distingue particulièrement des autres en ce qu'elle fournit également le matériel obstétrical aux assistées. Ce matériel est prêté, en même temps on fait don à l'accouchée de vêtements, de bons de nourriture.

Il est certain que dans les grandes villes ce mode d'assistance nécessiterait un matériel trop important et de larges capitaux. Mais ne serait-il pas plus facile de le réaliser, en intéressant chaque mère à son propre accouchement et en lui en diminuant les charges par l'Association ? C'est le but que poursuivent les Mutualités Maternelles.

Fondée en 1866 sous le nom de l'« Association des femmes en couches », sous la présidence de Jean Dolfus, industriel de Mulhouse, c'est la première société maternelle de secours mutuels qui s'occupe des secours de chômage pour les accouchées ; elle existe encore.

Elle avait été précédée par la création d'une Caisse de secours que Jean Dolfus avait organisée dans son usine à l'aide de versements effectués par ses ouvriers et sa contribution personnelle. Il pouvait ainsi donner un secours de 70 francs pendant six semaines après l'accouchement à condition que la mère allaitât elle-même son enfant.

En 1891, une Mutualité Maternelle se fondait à Paris, sous la direction de MM. Félix Poussineau et Brylinski.

Les membres de cette Association versent une cotisation minime de 3 francs par an et les mères reçoivent une indemnité leur permettant de cesser le travail pen-

dant quatre semaines après leurs couches. Des primes d'allaitement sont accordées, des consultations de nourrissons sont fondées.

En 1895, M. Bonnier fonde une « Mutuelle Maternelle » à Vienne, le Dr Rocaz à Bordeaux, le Dr Commandeur à Lyon.

En 1908, s'est fondée à St-Quentin une « Mutualité civile et militaire ». Moyennant une cotisation mensuelle de 0 fr. 25, chaque femme membre de la Mutualité, touche 40 francs pour 4 semaines de repos. Elle est assurée de recevoir des visites préventives médicales, un service de bains chauds gratuits, une indemnité avant la naissance pour cessation du travail professionnel et des dons de fortifiants. On lui prête du linge personnel et la literie au cas où elle accouche chez elle, ainsi que du matériel d'hygiène maternelle. Chaque nouveau-né reçoit une layette et un carnet sanitaire individuel où est marqué son état physiologique ainsi que les antécédents héréditaires. Des primes d'allaitement sont distribuées aux mères après 6 mois d'élevage de leur enfant au sein, des diplômes d'honneur leur sont attribués à la fête annuelle. Trente dames inspectrices visitent les mères et les enfants et distribuent des indemnités. A la Mutualité est jointe une consultation de nourrissons où l'on pèse les enfants, et une Goutte de Lait où l'on distribue du lait stérilisé et des médicaments aux enfants délicats.

Nous nous sommes étendue un peu longuement sur cette organisation, qui est destinée à prendre une grande extension et qui est, en effet, l'œuvre idéale à faire aboutir pour la protection de la femme enceinte, indigente ou non, et pour lui assurer, non une aumône pendant ses couches, mais un droit à l'Assistance mutuelle.

En 1912, on comptait 76 mutualités en France, et la mortalité infantile constatée chez les sociétaires était de 5 % à Lyon (15 à 20 % dans la ville) et 3 % à Vienne (18 % dans la ville).

Malheureusement, malgré ses avantages, la Mutualité maternelle libre fait de lents progrès et en 1914, elle ne comprenait que 27.000 membres environ, alors qu'il y a 800.000 femmes qui accouchent chaque année (1).

A côté des « Mutuelles » s'est fondée en 1904, une œuvre purement philanthropique qui s'est donné pour but de venir en aide aux femmes enceintes et à celles qui allaitent leur enfant.

Partant de cette idée que, nourrir la mère c'est aussi nourrir son enfant en assurant à ce dernier le lait qui lui appartient, un professeur de l'Université de Paris, M. Henry Coullet et sa femme, eurent la pensée de créer un restaurant gratuit, dont la porte serait ouverte à toute femme enceinte ou à toute nourrice qui se présenterait. C'était l'idée qui avait pris naissance à Rome en 1879 ; l'Institut de la Sainte Concorde y distribuait un repas par jour aux nourrices nécessiteuses (2).

Après des débuts modestes, l'œuvre des Cantines Maternelles s'étendit et son organisation couvre maintenant toute la surface de Paris. La femme enceinte, sur certificat anonyme d'hôpital attestant qu'elle est enceinte de cinq mois y est nourrie gratuitement, la femme nourrice, sur la seule preuve qu'elle a du lait dans son sein peut prendre ses repas pendant 14 mois. Son enfant est suivi par la Consultation de Nourrissons annexée à la Cantine et régulièrement pesé ; si le lait de la mère diminue, on ajoute du lait stérilisé à l'alimentation de l'enfant. On ne peut qu'admirer ces institutions de bienfaisance et d'éducation maternelle et souhaiter leur diffusion dans toute la France.

Au lendemain de la guerre, s'est créé à Paris, l'« Office Central d'Assistance Maternelle et Infantile » sous la présidence de M. Paul Strauss, avec le programme suivant : « Pendant toute la durée de la guerre et dans

(1) Mme Paul Gemahling : La Maternité ouvrière et sa protection en France. Alcan, Paris, 1915.

(2) Georges Cahen : *Revue Philanthropique*, 1912, p. 668.

l'étendue du gouvernement militaire de Paris, assurer à toute femme nécessiteuse en état de gestation ou ayant un enfant de moins de 3 ans, la protection sociale, légale et médicale à laquelle elle a droit dans une société civilisée».

Cet Office Central se mit en rapports avec toutes les Sociétés existantes à Paris pour la protection de la mère et de l'enfant, et, d'un commun accord, on organisa des équipes de femmes mobilisées dans ce but, qui se dirigèrent partout où l'on pouvait avoir besoin d'elles : dans toutes les Mairies, dans toutes les Maternités de Paris, chez toutes les sages-femmes agréées. Elles y installèrent des « postes de protection » ouverts d'une façon permanente. A chaque femme en état de gestation, et à n'importe quelle heure de la journée et de la nuit, on trouvait un abri pour accoucher : 95,20 % des femmes ont accouché pendant la première année de guerre par les soins de l'Assistance Publique. De la sorte, on a pu déceler plus facilement les enfants ayant besoin de protection.

Nous souhaitons que ces permanences survivent à la guerre, reliées elles-mêmes à un Bureau Central, lequel serait en communication avec toutes les œuvres de Protection de l'Enfance dues à toutes les initiatives.

Grâce au bon fonctionnement de l'Office pendant la guerre, le nombre des enfants allaités au sein est considérable à Paris. Pendant les 5 premiers mois de guerre, rapporte M. le Professeur Pinard (1), on ne rencontra « aucune femme récemment accouchée n'ayant pas de lait ». Le chiffre des morts-nés diminua ainsi que le nombre d'enfants abandonnés.

L'Assistance légale de la femme en France, n'a trouvé son expression qu'en 1913, par la loi de Paul Strauss.

(1) Prof. Pinard : De la protection de l'Enfance pendant la 2e année de guerre dans le camp retranché de Paris. (*Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 1916).

Déjà en 1892, le Parti ouvrier français par la voix de Paul Laffargue, avait demandé l'interdiction du travail de la femme ouvrière après le 4e mois de grossesse, avec une indemnité pendant un an de repos après l'accouchement.

Dans la même année, le Conseil supérieur de l'Assistance Publique faisait voter l'assistance médicale à domicile et l'hospitalisation des femmes enceintes dans les Maternités hospitalières.

Enfin, en 1899, M. Paul Strauss déposait le projet de la loi qui porte son nom et qui visait la protection et l'assistance des mères et des nourrissons.

Pendant 25 ans, le vote du projet de loi fut retardé et ce n'est que le 17 juin 1913 que la France, après l'Angleterre, l'Autriche, l'Allemagne, la Belgique, la Hollande, la Norvège, le Portugal et la Suisse eut une loi de « protection des mères. »

Cependant la loi de juin 1913 n'était applicable qu'aux ouvrières salariées.

A la Séance de l'Académie de Médecine du 27 janvier 1914, le professeur Bar avait chaleureusement plaidé la cause des autres femmes nécessiteuses et de celles qui travaillent à domicile, chez lesquelles « l'idylle du travail au foyer, « sweating system » s'est vite transformé en un cercle d'enfer » (Boyaval), et le 17 mars 1914, la Chambre votait une proposition étendant le bénéfice de la loi à toutes les femmes indigentes de la population urbaine et rurale.

La loi de juin 1913 a une importance capitale, « elle apparaît, dit le professeur Pinard (1), aux philanthropes, comme l'avènement de la véritable protection légale de l'enfance et de l'assistance aux mères privées de ressources... Elle est une première étape d'une marche en avant que rien ne peut arrêter ».

Cette loi accorde l'assistance à la femme enceinte pendant un mois avant l'accouchement et un mois après.

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 27 janvier 1914.

Elle lui attribue une indemnité de chômage variant de 0 fr. 50 à 1 fr. 50 par jour, plus une indemnité d'allaitement de 0 fr. 50 par jour.

Si, aux philanthropes, cette loi paraissait être la véritable protection légale dont parle Pinard, au point de vue médical elle n'est, en effet, que la première étape vers une législation meilleure.

Le délai de quatre semaines avant et après l'accouchement qui est accordé à la femme pour son repos, est notoirement insuffisant. D'après les médecins, il devrait être au moins doublé, le travail devrait même être complètement interdit à la femme enceinte, d'après le professeur Pinard.

Les termes mêmes de la loi qui permet à la femme en état de « grossesse apparente » de rompre son contrat avec l'employeur se prêtent à l'abus. Où commence-t-elle cette grossesse apparente alors qu'aucun certificat de médecin ne vient la prouver ? Qui peut en juger ? En outre, si la femme a mal calculé la date de son accouchement et qu'elle abandonne le travail six semaines avant, la loi, ayant prévu un mois de repos avant les couches, qui l'indemnisera des quinze jours supplémentaires ?

D'ailleurs le repos d'un mois avant l'accouchement devrait être obligatoire. Puisque le législateur a trouvé ce délai suffisant, alors que le médecin fait ses réserves, il devrait au moins contraindre la mère ignorante à sauvegarder son enfant. A notre avis, c'est le médecin qui devrait juger du moment où la femme devrait se reposer.

Le Dr Lepage (1) demande que l'on engage même la femme à consulter le médecin dès la première quinzaine qui suit la date à laquelle les règles ont manqué.

Mais alors, le médecin contraindra la femme ouvri-

(1) Lepage : Notes sur l'application de la loi sur l'assistance aux femmes enceintes. (*Annales d'Hygiène publique*. janvier 1917).

ère à se reposer pour le bien de son enfant. L'Etat donnera-t-il à cette dernière une indemnité assez forte pour ne pas aggraver sa misère par le chômage. Avec 0 fr. 50 ou 1 fr. 50 par jour une femme ne peut vivre, ni se reposer.

Ici, la loi fait appel à la bienfaisance privée, et Paul Strauss qui en est le rapporteur conseille de demander l'aide des Municipalités, Mutualités, etc. C'est la preuve de l'impuissance de l'Assistance légale. On élabore une loi qui ordonne le repos et ne le paie pas, qui oblige ceux qu'elle contraint à recourir à la charité.

L'Etat se doit de protéger la mère s'il veut lutter contre la dépopulation. Si c'est ce péril qui l'a obligé à légiférer, il doit prendre des mesures efficaces. Cependant l'Etat avait devant lui l'exemple de nombreux pays européens.

L'Allemagne, l'Autriche, la Hongrie, la Serbie, le Luxembourg, la Norvège, la Grande-Bretagne, la Russie, la Roumanie et le Danemark assimilent l'accouchement à la maladie et l'Assurance maladie y est obligatoire.

L'état aurait pu créer, en suivant cet exemple, une loi bien plus efficace pour les salariées En faisant verser à l'ouvrier et au patron des sommes modiques en apportant lui-même sa contribution, il créait le droit de l'accouchée à une indemnité de chômage bien plus forte que celle qui lui est actuellement octroyée. C'est cette idée que dévoloppe de très heureuse façon Madame Paul Gemähling dans le rapport que nous avons déjà cité.

Bien d'autres questions se posent encore au sujet de l'efficacité de cette loi, qui, d'ailleurs, selon son rapporteur même, ne doit être considérée que comme « transitoire » comme une « amorce » vers des améliorations nécessaires.

M. Albert Thomas a constitué, en avril 1916, un Comité de travail féminin, sous la présidence de M. Paul

Strauss, qui a pour but de résoudre les questions laissée en suspens par la loi de juin 1913.

Le Dr Bonnaire y a fait un rapport où l'on constate déjà l'amélioration que peut produire le repos obligatoire, aussi insuffisant qu'il soit à l'heure actuelle (1).

Du 10 novembre au 31 décembre 1916, sur 775 accouchées à la Maternité, il y a 63 ouvrières des usines, soit 8 % ; sur ces 63 accouchements (3 gemellaires), il y a 66 enfants ; 46 sont venus à terme, 20 avant terme.

Pour les femmes qui se sont reposées 4 semaines : 42 enfants.

Pour les femmes qui ne se sont pas reposées : 24 enfants.

Sur 42 enfants, 34 sont venus à terme, 8 avant terme, avec le poids moyen de 3 k. 296.

Sur 24 enfants, 12 sont venus à terme, 12 avant terme, avec le poids moyen de 2 k. 298.

Pour la mortalité maternelle puerpérale, il y a diminution en 1916. 5,1 % en 1915, 4,9 % en 1916.

Ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes : une augmentation de 1 kilo par enfant pour les femmes qui se sont reposées, une diminution des enfants nés avant terme, tel est le résultat d'un repos avant les couches.

Le Comité de travail féminin composé de parlementaires, de représentants des administrations, du corps médical, de patrons et d'ouvriers des deux sexes, a émis les vœux suivants pour les femmes en état de gestation ou ayant au sein un enfant de moins de 6 mois.

1° Changement de travail si l'antécédent ne convient pas à la femme en état de gestation.

2° Interdiction du travail supplémentaire ou de nuit.

3° Le travail de jour pendant huit heures est le meilleur.

(1) Paul Strauss : La protection maternelle et infantile. (*Revue d'Hygiène et de police sanitaire*, 1917).

4° Le travail debout doit être prohibé.

5° De même le travail exigeant un effort physiologique ou une position dangereuse pour l'intégrité de la grossesse.

6° Un repos de huit semaines doit être imposé et prolongé si le médecin le prescrit.

7° Le salaire ne doit être réduit ni supprimé.

8° Des consultations médicales ou par une sage-femme doivent avoir lieu dans les usines.

Tout récemment, l'Académie de Médecine, après une longue discussion sur le travail de la femme enceinte et de la mère nourrice a émis des vœux presque identiques.

Ces vœux intégralement appliqués assureront aux femmes qui travaillent, déjà si nombreuses avant la guerre (4.200.000 en 1911), et dont le nombre s'est considérablement augmenté depuis, la protection rationnelle à laquelle elles ont droit. Il leur sera permis de ne plus considérer l'enfant comme un intrus qu'il faut supprimer par l'avortement. Cet enfant ne viendra plus au monde débile parce qu'elles se seront surmenées, et il ne mourra pas d'inanition chez la mère ou chez une nourrice mercenaire.

Ajoutons à la loi de 1913, celle votée la même année, qui accorde des subventions aux familles nombreuses, nous aurons ainsi tout dit de l'arsenal législatif destiné à protéger la mère avant et pendant ses couches.

La Protection de l'enfance. — Après sa naissance

Voici la mère après ses couches, la Société a plus ou moins bien rempli son devoir envers elle. Un nouvel être est au monde, rougeaud, informe, n'ayant qu'une seule pensée dans son cerveau rudimentaire encore : manger, manger, sucer avidement le lait qu'il cherche au sein de sa mère.

C'est maintenant que la surveillance doit s'exercer, plus rigoureuse que jamais. L'enfant pauvre, comme

l'enfant riche est fragile, la mortalité pendant les premiers jours de la vie est la plus forte.

Sur 930 enfants de 0 à 2 ans morts par gastro-entérite à Nancy (1),

679 *sont morts entre* 0 *et* 6 *mois, soit* 730 ‰,
188 sont morts entre 6 et 12 mois, soit 202 ‰,
63 sont morts entre 12 et 24 mois, soit 67,7 ‰.

D'après Bertillon (2) père, la mortalité infantile était, de 1856 à 1869 :

Pour le 1er mois.....	72,60 %
De 1 à 3 mois	37,20 %
De 3 à 6 mois.....	33,60 %
De 6 à 12 mois.....	48,89 %

Dans le département de l'Ardèche (3) (année 1896), sur 4.608 enfants protégés du 1er âge, il y a eu 515 décès, soit 11,17 %, dont :

De la naissance à 15 jours	32	107
De 15 jours à 1 mois....	75	
De 1 mois à 3 mois.....	101	336
De 3 mois à 6 mois.....	118	
De 6 mois à 1 an.....	117	
Au-dessus d'un an.....	72	
Total.....		515 décès.

Il y a donc eu 107 décès d'enfants de 0 à 30 jours sur 515 décès d'enfants du 1er âge, soit plus de 20 %.

Des documents publiés par M. Maurel (4) indiquent la mortalité des enfants de 0 à 1 an pendant l'année 1895, et par jour :

(1) Déve : *Loc. cit.*

(2) Rapports annuels de la Commission permanente de l'Hygiène de l'Enfance par le Dr Charpentier, rapporteur à M. le Ministre de l'Intérieur pour 1896 et 1897. (*in Thèse* Bernson : Nécessité d'une loi protectrice pour la femme ouvrière avant et après ses couches).

(3) *Loc. cit.*

(4) Variot : Traité d'hygiène infantile.

De 0 à 4 jours, il meurt en France 4.341 enfants.
De 5 à 9 jours, — 1.738 enfants.
De 10 à 14 jours, — 1.249 enfants.
De 15 à 30 jours, — 1.210 enfants.
Dans le 2e mois, — 638 enfants.
Dans le 3e mois, — 490 enfants.
Dans le 4e, 5e et 6e mois, il meurt en France 311 enfants.
De 6 mois à 1 an, il meurt en France 188 enfants.

En résumé, il est mort dans le premier mois 52.452 enfants, et dans la première année, 148.942.

Pour éviter cette formidable mortalité des enfants dans les premiers jours de leur naissance, la première mesure à prendre est d'assurer à l'enfant la nourriture qui lui appartient : le lait maternel.

Propager l'allaitement au sein maternel, tel doit être le rôle du médecin et de la sage-femme éclairés. Dans l'entourage de l'accouchée, il ne manque pas de parents ou d'amis qui leur font obstacle : des raisons de coquetterie, des raisons de santé, le manque de lait, sont mis en avant pour débarrasser la mère de ce que l'on considère comme une lourde charge. Cependant, si la société a des devoirs envers la femme enceinte, la mère a des devoirs envers son enfant et le principal c'est de lui donner son sein.

Toute femme a plus ou moins de lait, les cas d'agalactie ou d'hypogalactie, empêchant complètement l'allaitement, sont rares.

M. le Professeur Pinard va jusqu'à nier l'agalactie complète. La plupart des pédiâtres français admettent que 90 à 96 % des femmes peuvent nourrir. Le Dr G. Variot (1) estime qu'un cinquième environ des femmes ne peuvent nourrir suffisamment pour faire prospérer leurs enfants. Le Dr Gœpfert (2) donne une statistique résultant d'une enquête faite dans le service de M. le

(1) G. Variot : Traité d'hygiène infantile.
(2) Gœpfert : *Loc. cit.*

Professeur Haushalter de Nancy. Sur 267 femmes, il a constaté :

Une agalactie presque complète dans la proportion de 0,76 %.

Une sécrétion peu abondante au début dans la proportion de 9,36 %.

Une sécrétion assez abondante dans la proportion de 9,73 %.

Beaucoup de lait dans la proportion de 80 %.

L'agalactie vraie n'a été constatée que 2 fois.

Le Dr Dluski (1) à la clinique du professeur Pinard a constaté que sur 500 femmes observées, 366, c'est-à-dire 82,2 % ont été d'excellentes nourrices.

Le professeur Marfan admet que 90 % des mères saines peuvent allaiter.

Voici pour la population urbaine, dans la population rurale où, semble-t-il, l'allaitement maternel devrait être en honneur, le Dr Florentin (2) a fait une enquête auprès de 725 femmes ayant eu 1.522 enfants vivants. Sur ce nombre, 287 enfants seulement, soit 18,9 % ont été nourris complètement au sein. Il montre aussi la fréquence des femmes qui ont essayé d'allaiter leur enfant (70,5 %), et qui l'ont abandonné par ignorance ou par suite de mauvais conseils de leur entourage. Dans de trop nombreux cas, les sages-femmes sont coupables de cet abandon.

La sage-femme cependant, devrait jouer un grand rôle éducateur auprès de l'accouchée, pour cela, aussi, il faudrait qu'elle fût elle-même mieux instruite dans la science de la puériculture.

Donc, sauf dans les maladies de la mère, qui constituent des obstacles reconnus à l'allaitement, telles que la tuberculose pulmonaire, même à la période initiale, l'anémie suspecte ou dystrophies graves, le surmenage

(1) Dluski : Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. (*Thèse*, Paris, 1904).

(2) Dr Florentin : La mortalité infantile dans une région qui se dépeuple. (*Thèse*, Nancy, 1912).

par un travail fatigant, qui affaibliraient la mère et l'enfant par contre-coup, les maladies infectieuses (grippe grave, fièvre typhoïde dans les cas graves, rhumatisme articulaire aigu) on doit conseiller à la mère de nourrir son enfant.

Les malformations du mamelon sont rarement une cause irrémédiable, on peut user d'un bout de sein artificiel ou allonger le sein.

Les crevasses et abcès du sein ne devraient pas se produire si une hygiène très simple avait été suivie, avant et après l'accouchement ; ils peuvent d'ailleurs être rapidement améliorés. Avant de les considérer comme une contre-indication à l'allaitement, il faut que le médecin se rende bien compte de leur gravité.

Seules les malformations congénitales de l'enfant sont un obstacle à l'allaitement, bec de lièvre, malformations du pylore, spasmes gastriques persistants, certaines fistules cervicales (Variot), les végétations adénoïdes, empêchant l'enfant de sucer le sein de sa mère. Pour les autres cas, tels que faiblesse de succion momentanée du nourrisson, la mère peut le nourrir de son propre lait, à la cuiller, par exemple.

C'est le rôle de la sage-femme et du médecin de ne pas favoriser l'abandon de l'allaitement. Ils ne doivent pas accepter les raisons que donne la mère ou bien son mari, trop complaisant ou trop ignorant. Ils doivent sermonner la mère et son entourage, ils doivent faire connaître à l'accouchée les risques qu'elle fait courir à son enfant en ne le nourrissant pas. En lui apprenant que la succion du baby provoque la sécrétion du lait en plus grande abondance, en lui enseignant que l'allaitement mixte est plus salutaire que l'allaitement artificiel si son lait est insuffisant, en lui indiquant les œuvres de bienfaisance auxquelles elle peut avoir recours, les secours d'assistance auxquels elle a droit, en lui faisant connaître les bienfaits de la Mutualité, le médecin et la sage-femme seront dans leur rôle d'éducateurs. Ils seront des bienfaiteurs en même temps, car ils

auront sauvé un enfant ou auront conservé au pays un être qui aura plus de chances de rester sain et vigoureux.

Il s'agit donc de faciliter à la mère l'allaitement de son enfant.

La Municipalité de Paris a fondé dans les environs de cette ville, à Fontenay-aux-Roses, des maisons de convalescence, où, pendant une quinzaine, la mère peut se rétablir de la fatigue occasionnée par ses couches et allaiter son enfant. L'Asile du Vésinet et l'Asile maternel de la Société philanthropique remplissent le même office pendant un temps à peu près égal. A la sortie de ces établissements, la mère reçoit des secours en argent et en linge pour l'enfant, afin de l'aider à subsister pendant quelque temps après son accouchement. En province, sauf dans les villes importantes, ces refuges n'existent pas.

Ensuite, la nouvelle accouchée est livrée à elle-même, au moment où son enfant aurait le plus besoin de la santé et du repos de sa mère.

L'Assistance publique s'occupe des filles-mères ; elle leur donne, à Paris, un secours d'allaitement « préventif d'abandon », qui varie de 20 à 35 francs par mois, en province elles ne reçoivent pas plus de 10 à 15 francs.

L'ouvrière touche pendant un mois une indemnité journalière variant de 0 fr. 50 à 1 fr. 50, plus une prime d'allaitement de 0 fr. 50, grâce à la loi de juin 1913. Mais les mères de famille nécessiteuses n'ont aucun droit à ces secours, et, jusqu'à présent, malgré l'amendement voté par la Chambre en 1914, tendant à étendre la loi de Paul Strauss à toute mère nécessiteuse, le secours est facultatif, bien qu'assez largement distribué, et ne constitue pas un droit pour la mère.

Mais, si même cette Assistance venait efficacement en aide à toutes les femmes accouchées nécessiteuses, qui désirent nourrir leur enfant ; serait-il même inexact, qu'aujourd'hui encore, un grand nombre de femmes ne touchent aucun secours et confient leur enfant à l'As-

sistance Publique, croit-on avoir atteint le but cherché : assurer à l'enfant l'allaitement maternel ? 30 francs à Paris et 15 francs par mois en province, ne peuvent suffire à loger et à nourrir d'une façon satisfaisante une femme et son enfant.

L'ouvrière, après un mois de repos n'ayant plus droit à l'indemnité de chômage, retourne à son travail, la fille-mère voyant sa santé s'user et son enfant dépérir, préfère reprendre son ancienne place ou une nouvelle, et l'enfant est abandonné à une nourrice ou à une voisine, ou encore à l'Assistance Publique ; dans tous les cas, quoiqu'on puisse dire, il sera nourri au biberon.

Le professeur Marfan dit (1) : « L'allaitement au sein par une mercenaire n'est qu'une apparence. C'est le plus souvent, en réalité, un allaitement mixte, qui n'est qu'un allaitement artificiel déguisé mal dirigé, et les résultats en sont déplorables »

« Un enfant mis en nourrice a quatre fois plus de chances de mourir, qu'un enfant qui prend le sein de sa mère et deux fois plus qu'un autre élevé au biberon dans le sein de sa famille », dit le Dr Léon Petit (2).

Sur 1.000 femmes ayant eu 1.896 enfants, la mortalité a été de 59 % pour les enfants, de quelque manière qu'ils fussent allaités alors qu'elle n'a été que de 15 % pour les enfants nourris au sein de leur mère.

Nous reproduisons ici un tableau très intéressant du Dr Dévé (3) dans sa thèse sur la mortalité totale et mortalité par gastro-entérite des enfants de 0 à 1 an, à Paris.

(1) Rapport à la Commission permanente de l'Enfance. (*Bullet. de l'Acad. de Médecine* du 12 octobre 1915).

(2) L. Petit : Le droit de l'enfant à sa mère. (*Thèse*, Paris, 1895).

(3) Dévé : Réflexions critiques de la puériculture. (*Thèse*, Paris, 1903).

(Mois de Juin, Juillet, Août et Septembre 1899)

NUMÉRO des SEMAINES	TOTAL DES DÉCÈS de 0 à 1 an	DÉCÈS PAR GASTRO-ENTÉRITE			Température moyenne	Proportion des décès par gastro-entérite par rapport au nombre total des décès
		Sein	Biberon	Total		
Juin 22e	128	9	21	30	15°10	23,4 %
— 23e	149	5	43	48	18°22	32,2
— 24e	114	7	31	38	15°29	33,3
— 25e	103	0	23	23	16°79	22,3
— 26e	111	7	36	43	18°17	38,8
Juillet 27e	114	3	51	54	16°65	47,4
— 28e	169	13	66	79	20°30	46,5
— 29e	237	10	149	159	22°38	67,5
— 30e	206	7	117	124	19°08	60,2
Août 31e	256	16	158	174	23°57	68
— 32e	231	7	84	91	19°55	39,5
— 33e	215	12	131	143	20°98	60,5
— 34e	210	9	128	137	19°86	65,2
— 35e	175	6	88	94	19°23	53,8
Sept 36e	135	10	67	77	19°80	57
— 37e	104	5	55	60	14°50	53,6
— 38e	105	6	46	52	14°46	49,4
— 39e	78	4	32	36	12°98	46,2
Totaux..	2.840	136	1.326	1.462		48°5 %

D'après H. de Rothschild, *in Thèse Devé.*

Suivant ce tableau, sur 1.462 décès d'enfants de 0 à 1 an par gastro-entérite, nous avons 136 décès d'enfants nourris au sein et 1.326, soit 90,08 %, décès d'enfants nourris au biberon.

Le professeur Budin (1) a relevé dans des Consultations de Nourrissons les chiffres suivants sur 1.117 enfants :

1.014 soumis au sein ont donné 5 décès, soit 0,44 %.
24 à l'allaitement mixte — 2 décès, soit 8,75 %.
Et 79 soumis au biberon — 11 décès, soit 12,65 %.

Le Dr Variot (2) en collaboration avec le Dr Thierry, de Paimpol (Côtes du Nord), a fait une enquête dans

(1) Variot : *Loc. cit.*

(2) Variot ; *Loc. cit.*

quelques cantons de l'arrondissement de Paimpol (villages de pêcheurs assez pauvres). Sur 264 naissances, il y a 22 morts de 0 à 1 an à Plouezec, la mortalité totale est donc de 8,33 %

Sur ces 264 nouveaux-nés, il y a :

Au sein	164
Au biberon	67
Mixte	20
Inconnu	13

Sur les 22 morts de 0 à 1 an, il y en avait :

Au sein, 6, soit une mortalité de 3,65 %.
Au biberon, 11, soit une mortalité de 16,4 %.
Mixte, 5, soit une mortalité de 25 %.

Le Dr Florentin (1) a constaté que les enfants nourris au sein dans l'Arrondissement de Langres présentent une mortalité de 94 ‰, ceux nourris au biberon 166 ‰, soit 1,7 fois plus.

Le Dr Liautey (2) établit une statistique prise à la Maternité de Nancy (1900-1904) : le maximum de la mortalité pour les enfants au sein est de 22,38 %, alors que le minimum pour les enfants au biberon est de 48 %.

Et encore, doit-on tenir compte de l'impossibilité d'établir des statistiques de ce genre qui soient rigoureusement exactes, nombre d'enfants nourris d'abord au biberon, sont remis au sein, comme dernier moyen de sauvetage, et ils grèvent ainsi la proportion de mortalité des nourrissons au sein.

En Norvège (3) dans les années 1876-1897, la mortalité a atteint le taux de 9,7 % par suite de l'habitude des mères de nourrir leur enfant au sein. En Allemagne,

(1) Florentin : *Loc. cit.*

(2) Liautey : Contribution à l'étude de la mortalité infantile par l'allaitement artificiel. (*Thèse*, Nancy, 1904).

(3) Johanessen : XIIIe Congrès international de Médecine, Paris, 1900.

où l'allaitement maternel est le moins en honneur, la mortalité est de 25 %.

L'élevage au biberon est donc le danger qui influera pendant toute son enfance, pendant toute sa vie peut-être, sur la santé de l'enfant, ainsi délaissé par sa mère.

Des œuvres d'Assistance privée se sont fondées pour essayer de porter remède à cette situation et encourager l'allaitement maternel.

La Société protectrice de l'Enfance, fondée par Marjolin en 1865, donne aux mères nécessiteuses des layettes, des berceaux, et distribue des secours en argent et en nature.

L'Œuvre de l'Allaitement Maternel a secouru un grand nombre d'enfants depuis sa fondation en 1876 ; elle vient en aide à toutes les femmes qui nourrissent leur enfant, lui accordent une aide morale et matérielle. Les visiteuses adoptent pour ainsi dire la mère et l'enfant, paient le loyer de la femme qui allaite et lui viennent en aide par des dons de linge et d'aliments. L'Œuvre de l'Allaitement Maternel est un rouage très efficace dans la lutte contre la mortalité infantile.

Le Patronage des enfants en bas-âge s'occupe seulement des familles nombreuses, mais les veuves, les abandonnées, les filles-mères sont secourues par lui dans tous les cas.

Le grand défaut de ces œuvres est le manque de surveillance médicale.

Le Dr Hergott de Nancy a fondé, en 1890, une œuvre « La Maternité » (1) dans le but d'encourager l'allaitement maternel par un système de primes aux mères nourrices, ingénieusement associé à la surveillance médicale. Le poids de l'enfant sert d'indication pour l'allocation des primes. Cette œuvre a eu une grande influence sur l'allaitement au sein à Nancy, car le professeur Herrgott estimait à 2.052 le nombre de femmes secourues de cette façon en 10 années (1890-1900).

(1) Dr Variot ; *Loc. cit*

Plus récemment, se sont fondées les Cantines Maternelles dont nous avons parlé précédemment. Elles assurent la nourriture à toute femme qui allaite, en même temps que des soins médicaux à la mère et à l'enfant, en les soumettant à la surveillance médicale.

On ne peut compter les enfants qui ont été sauvés par cette institution, véritablement et rationnellement philanthropique.

D'autres œuvres, les œuvres des Layettes qui existent dans presque toutes les villes, les Sociétés qui ont suivi particulièrement la femme enceinte et l'ont aidée à son accouchement, continuent encore leur aide pendant quelque temps, aux mères qui veulent allaiter leur enfant.

Mais toutes ces œuvres ne peuvent secourir toutes les mères nécessiteuses, et, souvent, il faut que l'amour maternel soit bien fort chez elles et leur courage surhumain, pour qu'elles gardent auprès d'elles leur enfant. Peu y réussissent, et le pauvre petit être qui aurait tant eu besoin du lait maternel, va retrouver chez la nourrice et lier son sort aux autres petits déshérités de la vie : les enfants trouvés, et ceux que la mère n'a pas eu le courage ou la volonté de conserver : les abandonnés, que par la loi du 27 juin 1904 l'Assistance Publique a pris à sa charge.

Plus que les enfants nourris au sein maternel, ils auront besoin de protection. Ici, il faudra lutter contre la nourrice elle-même, dont l'ignorance et l'esprit de lucre sont traditionnels ; il faudra surveiller l'hygiène et la nourriture de ces petits êtres et éviter la mortalité terrible qui les frappe. Plus de 50 % payent leur tribut à la mort. D'après M. Henri Moniez (1) la mortalité des enfants assistés s'élève à 80 % dans la Marne, 68,88 % dans le Morbihan, 66,66 % dans la Garonne et la Haute-Loire pour les pupilles âgés de moins d'un an.

Le seul instrument de protection que nous possé-

(1) *Revue Philanthropique*, tome XII.

dons pour mener à bien cette lutte est la loi Roussel. Votée le 24 décembre 1874 et réglementée en 1877, elle pose en principe que tout enfant âgé de moins de 2 ans, placé en nourrice « moyennant salaire » tombe sous la surveillance de l'autorité publique, à l'effet de protéger sa vie et sa santé.

Elle crée un comité de surveillance sous la présidence du Préfet et composé de neuf membres dont un médecin, ainsi que des Commissions locales. Des médecins sont chargés de l'inspection des enfants en nourrice, et de la surveillance des nourrices elles-mêmes. Des statistiques annuelles doivent être dressées.

L'article 8 de cette loi, en vue de protéger l'enfant de la nourrice, ne permet à la mère d'accepter un nourrisson au sein, que si son propre enfant est âgé de 7 mois révolus.

Comme nous le voyons, la loi de Th. Roussel part d'un principe excellent. Assurer la protection de l'enfant chez la nourrice est nécessaire, si l'on veut éviter la mortalité infantile, mais dans l'application de cette loi, on a rencontré de multiples obstacles qui en ont contrarié l'effet. Si bien, que l'on a constaté chez les enfants en nourrice assistés ou protégés, que la mortalité en 1897 était de 203 décès par 1000 (enfants de 10 jours à un an), tandis que la mortalité générale des enfants en France était de 128,64 ‰ (Bertillon). Nous ne discuterons pas ici les statistiques qui ont été citées dans maintes thèses, et qui sont d'ailleurs très difficiles à établir.

La loi Roussel a eu bien des détracteurs. On lui reprochait en premier lieu de ne pas s'appliquer à tous les enfants mis en nourrice, même chez des parents, et on demandait la suppression du terme « moyennant salaire », qui ne concernait que les nourrices mercenaires.

En outre, la surveillance médicale est insuffisante par suite de la rareté des visites (une visite mensuelle). On ne peut conduire l'élevage d'un nourrisson, en le

voyant une seule fois par mois. D'autant plus que, si le médecin vient le 1er jour d'un mois et revient le 30 du mois suivant, il peut s'écouler 60 jours entre chaque visite.

Le médecin devrait pouvoir venir soigner l'enfant, surtout s'il est malade et être rémunéré en conséquence, car les visites supplémentaires du médecin ne sont pas payées.

M. Bézy, au XIIIe Congrès International de Médecine à Paris, en 1900, a proposé de faire payer les soins par la nourrice qui prendra des garanties chez les parents de l'enfant. « Car, s'il en était autrement, le médecin ne serait jamais appelé, et l'enfant pourrait mourir sans être soigné. »

Les enfants assistés et protégés sont sous la surveillance du même d'octeur, et profitent d'un plus grand nombre de visites dans les premiers mois (tous les 10 jours), mais sont ensuite sous le même régime que le reste des nourrissons.

Cette surveillance est difficile. Les grandes distances à parcourir dans les campagnes et aussi la mauvaise volonté des nourrices qui souvent sont absentes quand l'inspecteur vient, la rendent précaire.

D'un autre côté, les médecins sont nommés par les Préfets, qui n'ont, la plupart du temps, aucune compétence pour juger de celle des candidats qui se présentent. Il se trouve que peu de médecins parmi les inspecteurs sont vraiment capables de remplir leurs fonctions par manque d'une instruction spéciale. Ici se pose la question de l'enseignement des étudiants dans les Universités qui sous ce rapport est négligé. Jusqu'à ce jour, le stage dans une clinique infantile n'est pas obligatoire pour un étudiant en médecine. Nous aurons, d'ailleurs, à revenir sur cette question.

L'autorité, dans le Comité départemental pour le choix du médecin inspecteur devrait appartenir à un médecin, et, dans l'occurence, à l'inspecteur départemental.

On incriminait l'emploi des biberons à tube, (ils ont été interdits depuis), l'insalubrité des logis et le manque d'hygiène des nourrices, les longs voyages que doivent faire les enfants débiles pour arriver à leur lieu de placement, l'inobservance de la loi par les maires et les secrétaires des mairies, qui délivrent des certificats de complaisance aux nourrices et se dispensent souvent d'avertir les médecins dans les délais voulus de l'arrivée d'un nourrisson.

L'article 8 de la loi Roussel est le plus discuté. Il ne permet à la nourrice de prendre un nourrisson, que si son propre enfant est âgé de sept mois révolus.

La question se pose de savoir si à 7 mois une nourrice a assez de lait pour élever un nouvel enfant d'une façon non préjudiciable à sa santé ; et si la rédaction de cet article ne favorise pas la fraude par l'allaitement artificiel ; si, enfin, cette restriction tout en étant salutaire à l'enfant même de la nourrice, n'a pas été la cause des difficultés que rencontre l'Assistance Publique pour assurer l'allaitement au sein de ses pupilles.

Les avis des pédiâtres sont très partagés à ce sujet. Les uns prétendent qu'à 7 mois la plupart des nourrices n'ont plus suffisamment de lait pour nourrir convenablement un autre enfant et le Dr Planchon (1), estime que sur 132 femmes :

63 % ont suffi à l'allaitement de leur enfant pendant 7 mois.

55,3 % ont suffi à l'allaitement de leur enfant pendant 8 mois.

37,8 % ont suffi à l'allaitement de leur enfant pendant 9 mois.

22,7 % ont suffi à l'allaitement de leur enfant pendant 10 mois.

13,6 % ont suffi à l'allaitement de leur enfant pendant 11 mois.

(1) Planchon : Durée de l'allaitement au sein. (*Obstétrique*, 1902).

6 % ont suffi à l'allaitement de leur enfant pendant 12 mois.

1,5 % ont suffi à l'allaitement de leur enfant pendant 14 mois.

Il y aurait donc un très petit nombre de femmes qui pourraient assurer, même pendant 7 mois, l'allaitement d'un nouveau nourrisson.

Par conséquence, les nourrices fraudent avec la complicité des maires et secrétaires de mairie, donnent leur enfant à une voisine complice, qui le nourrira au biberon pendant l'absence de la mère. A son retour, la nourrice reprendra son enfant à son propre sein, laissant le nouveau venu exposé au danger de l'allaitement artificiel.

Si par contre la loi est rigoureusement appliquée et la nourrice trop surveillée, elle abandonnera son métier, et, n'ayant plus besoin de lait, elle n'aura plus d'enfants. D'où, mortalité pour les enfants qui ne trouveront plus de nourrice, et diminution de la natalité.

D'autres, parmi lesquels le professeur Pinard, prétendent qu'une femme saine et bien constituée (conditions que doit remplir une nourrice) peut allaiter deux enfants à la fois.

MM. Porak et Hutinel sont d'avis que l'âge de 7 mois pour l'enfant de la nourrice, lorsqu'elle a le droit de prendre un autre nourrisson, soit abaissé à 4 mois. A cet âge l'enfant n'est plus aussi fragile, dans nombre de campagnes on le sèvre déjà à cette époque (!), et le lait de la nourrice pourra ainsi sauver un enfant débile et contribuer à la conservation de notre capital de vies humaines.

MM. Pinard, Richet et Fernet sont d'un avis opposé ; il ne faut pas sacrifier l'enfant de la nourrice, il faut au contraire encourager par des secours et des conseils toutes les mères à nourrir leur enfant. C'est encourager l'abandon de l'enfant par la mère que de donner une plus grande extension à l'industrie nourricière.

En 1885, l'Académie de Médecine nommait une Com-

mission pour la revision de la loi Roussel. Les travaux commencés en 1907 furent terminés en 1914. L'Académie vota les modifications qu'il conviendrait d'apporter à la loi.

En voici les principales :

Le 1er paragraphe est élargi, il s'appliquera désormais à tous les enfants pauvres en nourrice.

La composition du Comité départemental est modifiée. Les médecins y auront une plus grande place. Le Vice-Président sera l'inspecteur départemental et les médecins seront mieux choisis.

Des sanctions sont prévues contre l'inobservance de la loi.

Après une longue discussion l'article 8 est modifié : la nourrice pourra prendre un nourrisson lorsque son propre enfant aura 4 mois révolus. Les voyages de plus de 200 kilomètres sont interdits au nourrisson pendant l'été.

Ces réformes sont justifiées, mais les principaux obstacles à leur application demeurent. L'inertie des nourrices, l'incompétence de certains médecins et sages-femmes, l'allaitement artificiel, les mauvaises conditions d'hygiène, seront toujours des facteurs de mortalité chez les nourrissons. Les inspecteurs trop peu nombreux et mal rémunérés n'auront pas plus d'action qu'auparavant.

Malgré cela, dans les dernières années on a constaté une diminution dans la mortalité infantile des enfants protégés par la loi Roussel. Nous devons, sans aucun doute, ces heureux résultats aux conséquences de l'apparition d'un nouveau moyen de lutte, qui, depuis une quinzaine d'années, est venu en aide aux puériculteurs. Moyen d'éducation et de préservation : la Consultation de Nourrissons.

Avant de traiter la question des Consultations de Nourrissons, il nous faut revenir aux petits babys que leur mère ne peut, ni ne veut envoyer en nourrice, mais

que, cependant, elle ne peut garder auprès d'elle. Il s'agit de cette catégorie de femmes, si nombreuses déjà, et qui augmente de jour en jour : l'employée et l'ouvrière d'usine. Le refuge qui s'offre à leur enfant pendant l'absence de la mère est la Crèche.

C'est à Firmin Marbeau que vint l'idée (en 1844) de fonder une crèche en vue de soustraire les enfants à la gardeuse, qui exploitait si durement les mères, sans donner à l'enfant les soins les plus élémentaires d'hygiène. Moyennant une faible rétribution, les enfants étaient gardés et nourris, leur mère venait les prendre à la sortie de son atelier. L'idée était bonne, et cette institution eut un grand succès ; les crèches se multiplièrent. La mortalité y était grande, mais infime en comparaison des ravages qu'elle exerçait chez la gardeuse. On a pu écrire que les soigneuses du Nord laissaient mourir 86 % des enfants qui leur étaient confiés.

Cependant, les crèches pour rendre les services qu'on pourrait en attendre, devraient être nombreuses, afin que la mère n'ait pas un trajet trop long à faire, pour venir allaiter son enfant. Elles devraient avoir un personnel de berceuses bien dressées, ayant des notions précises sur l'hygiène du nourrisson et contenir un nombre restreint d'enfants (15 à 20). La surveillance médicale, le plus souvent assurée par plusieurs médecins qui visitent la crèche à tour de rôle, manque d'unité. La crèche a besoin d'une visite médicale quotidienne.

Les directrices doivent être très compétentes, et chercher à encourager les mères des enfants trop jeunes à les allaiter au sein, au besoin même les signaler à des œuvres de charité qui leur faciliteraient la garde de leur enfant à domicile.

Le professeur Hutinel a même conseillé la suppression de ces établissements. Dr Variot, Dr Braumberger (1) les accusent d'être des « écoles de rachitisme » et des « pépinières d'atrophiques ».

(1) Braumberger : Rachitisme et crèches. (*Thèse*, Paris, 1903).

On est actuellement moins sévère à leur égard. C'est que, grâce à l'expérience, les défauts de ce genre d'institutions sont grandement atténués. L'adjonction d'une consultation de nourrissons, l'éducation des directrices, des berceuses, la distribution du lait stérilisé, la surveillance de la biberonnerie, le triage des enfants à leur arrivée, le matin, l'isolement rapide des enfants suspects, les transformations qu'on a fait subir aux locaux, ont diminué la mortalité infantile, sans supprimer cependant le danger de ces agglomérations d'enfants, où la contagion trouve pour sévir un champ aussi vaste que bien préparé.

A Paris, et dans les grandes villes où les crèches ont accepté de réformer leur organisation, on ne peut qu'encourager leur diffusion, mais en province, où les errements anciens subsistent, il faut imposer aux crèches une surveillance médicale régulière et très sévère.

Les usines ont suivi cet exemple, en trop petit nombre encore, mais une campagne vigoureuse est menée actuellement pour généraliser et même rendre obligatoire cette institution, qui répond à un vœu universellement exprimé : ne pas séparer l'enfant du sein de sa mère.

Les crèches d'usine sont situées dans l'usine même, la mère a l'autorisation de quitter son travail au moment des tétées de son nourrisson. Pendant l'intervalle des tétées, l'enfant est confié à la garde d'une berceuse. Ce sont de véritables crèches d'allaitement maternel.

De nombreuses usines (surtout dans le département du Nord et de la Loire, les plus industriels) avaient déjà institué ces crèches. Mais on leur reprochait l'exiguité des locaux, le personnel pas assez nombreux. Il n'en est pas moins vrai que les crèches d'usines ont rendu de grands services.

Avec le développement formidable qu'ont pris les usines de guerre et autres pendant la triste période que nous traversons, le nombre d'enfants que leur mère négligeait ou sevrait prématurément était devenu inquiétant.

Toutes les Sociétés médicales et philanthropiques émirent le vœu que des chambres d'allaitement sous la surveillance médicale fussent instituées et des crèches-garderies fondées obligatoirement, par chaque industriel qui emploierait plus de 100 femmes dans ses ateliers.

Déjà, en 1913, M. Enguerand, député, faisait adopter le principe du temps nécessaire à l'ouvrière pour l'allaitement de son enfant, soit, une heure par jour, qui ne doit pas être décomptée sur le salaire journalier de la femme.

En 1917, le Dr Doizy, député des Ardennes, demandait à la Chambre de rendre obligatoire par une loi, l'installation d'une chambre d'allaitement à proximité de l'atelier, et d'une crèche-garderie pour les enfants sevrés des ouvrières, jusqu'à leur entrée à l'école maternelle.

Des chambres d'allaitement ont été également créées dans certains grands magasins. Celle des Galeries Lafayette à Paris est un modèle.

Un autre essai, malheureux à ses débuts, et qui aujourd'hui obtient l'approbation de tout le corps médical a été la fondation des Pouponnières.

La Pouponnière de Porchefontaine a été fondée près de Versailles par Mesdames Charpentier et E. Manuel. Ces dames avaient pris l'initiative, hardie à cette époque, de recueillir un certain nombre de femmes, des filles-mères surtout, et d'en faire les nourrices payées de leur enfant à condition qu'elles élèvent en même temps, soit au biberon, soit à l'allaitement mixte, un autre enfant dont les parents paieraient la pension; elles devaient s'occuper également de deux enfants déjà sevrés.

C'était une excellente idée que de donner à la mère, pendant une année, la sécurité matérielle et morale pour allaiter son enfant, la rétribuer (30 francs par mois) et permettre de vivre à 3 autres petits êtres que les parents ne peuvent soigner. Les résultats cependant

furent presque désastreux. Malgré des frais très lourds, la mortalité y était grande (24, 24,50 % en 1897 et 98). La raison en était que dans ces agglomérations d'enfants, où la surveillance médicale doit être extrêmement rigoureuse, la moindre épidémie tuait une bonne partie de sa population infantile. En 1901, le Dr Raimondi, spécialiste compétent et énergique, prit la direction de l'œuvre et lui donna une impulsion nouvelle avec le concours du Dr Mery et de Mme Veil-Picard.

Grâce à des règlements d'hygiène draconiens, grâce à un aménagement intérieur parfait et à un personnel bien dressé, grâce aux consultations de nourrissons où chaque enfant avait son bulletin sanitaire, la pouponnière de Porchefontaine est devenue un modèle d'établissement de puériculture.

Successivement, elle s'adjoignit des services nouveaux d'élevage et d'enseignement. Elle eut ses Nids destinés aux enfants sevrés, son école ménagère où les femmes employées dans l'Œuvre, trouvaient un enseignement leur permettant de soigner, à leur sortie, les enfants en qualité de nurses. Elle créa un pavillon d'enseignement, dans lequel on donnait un cours complet de puériculture et de la sorte devint un centre de hautes études de puériculture où se rendaient les jeunes filles des lycées et des écoles normales, ainsi que les étudiants des Facultés de Médecine, pour y faire un stage d'externat ou d'internat.

En 1913, sur 149 mères recueillies et 257 enfants admis, dont 75 débiles, 3 décès seulement ont été enregistrés.

Le coût excessivement élevé des institutions de ce genre n'en permet pas la création partout, mais nous aimerions que chaque département, ainsi que le demandait le professeur Pinard, eût son « Institut de puériculture comme Porchefontaine ». Il servirait de lieu d'enseignement par l'exemple. En recueillant des mères ignorantes, il les renverrait à la société, connaissant les règles qui doivent présider à l'élevage de l'enfant, et

elles propageraient dans leur entourage les conseils qu'elles auraient elles-mêmes reçus.

Les Pouponnières se répandent partout : à Bordeaux (Maison de l'Enfance dirigée par le Dr Rocaz), à Dieppe (le Dr Poupault et Madame), à Montgeron (Pouponnat du Monzet fondé en 1904), à Lyon (Pouponnière en plein air), à Chaville, à Dijon, en Suisse, en Roumanie, en Italie, en Allemagne, se sont fondés des établissements similaires, soit privés, soit publics et leurs résultats sont excellents.

Dans la plupart des villes allemandes il existe des Asiles de Nourrissons destinés aux enfants tuberculeux. Ces asiles (Saüglingsheime), vraies pouponnières, sont placés sous la direction d'un médecin d'enfants, où les nourrissons sont élevés et nourris d'après toutes les règles de l'hygiène infantile, depuis la naissance jusqu'à la fin de leur 12e ou de leur 18e mois. Les parents peuvent venir voir leur bébé, mais ne peuvent le toucher.

En France, existent les dispensaires de Grancher, conçus dans le même esprit. A Zurich et à Bâle, il y a des asiles de nourrissons officiels. (1)

Parmi les œuvres d'élevage en commun des nourrissons, nous devons également citer la Nourricerie de l'Hospice des Enfants assistés et celle de Chatillon-sous-Bagneux, qui en est une succursale. Elles accueillent les enfants syphilitiques et les débiles. On peut imaginer que la mortalité y est grande, mais il faut tenir compte du but spécial de l'œuvre qui est de ne pas laisser la syphilis se propager dans les campagnes.

Nous nous sommes étendue longuement, et cependant incomplètement encore, dans ce chapitre, sur la protection de la mère et de l'enfant, avant et immédiatement après sa naissance. Nous avons assisté à l'extension des diverses œuvres qui ont pour but de faciliter

(1) Comtesse : Le traitement de la tuberculose du nourisson (In Nourisson 1916 p. 351).

la maternité à la mère indigente, fille-mère, veuve ou abandonnée.

Nous avons vu que, devant le péril de la dépopulation de notre pays, le législateur s'est ému, et difficilement, avec une lourde lenteur, il a dégagé les principes de lois, tendant à assurer à la mère non favorisée par la fortune, la protection que lui doit la société, et à l'enfant, l'assistance qui lui est due pour l'arracher au péril de la mort.

Nous avons, hélas ! également vu l'insuffisance de cette protection et nous nous sommes efforcée de rechercher comment on pourrait rendre plus efficace l'action de cette assistance légale, alliée à l'assistance privée. Et il nous a semblé, que sans nous perdre dans des projets chimériques, en utilisant les institutions et les lois existantes, en les perfectionnant pour mieux les adapter à leur but, on parviendrait à sauver de nombreuses mères et enfants.

En assurant tout d'abord à la mère un accouchement normal, et en même temps à l'enfant une vie intra-utérine, qui ne serait pas nuisible à son développement futur.

1° Par l'assistance et l'éducation de la mère.

Une assistance rationnelle et non humiliante, qui ne considérerait en toute femme que la mère, en dehors de toute croyance, en dehors de tout préjugé, une assistance qui assurerait l'égalité de toute mère dans l'œuvre sainte de la maternité.

a) Par l'assistance préventive.

Pour la femme sans logis personnel (bonne, employée, etc.) : En multipliant les ouvroirs, refuges, où elle trouvera le réconfort de soins physiques et moraux et où sera institué une sorte de cours de maternité, la préparant à son rôle de mère, et lui suggérant d'avance le désir d'allaiter son enfant. On lui assurera que la Société facilitera ce devoir par une aide efficace, qu'elle devra considérer non comme une aumône, mais comme

un droit. En distribuant largement des secours de grossesse.

Pour la femme, quelle que soit sa situation ayant un logis : En propageant parmi toutes les femmes le devoir d'adhérer aux Mutualités maternelles, dont la cotisation minime est à la portée de toutes les bourses, et qui pourrait au besoin être versée par les œuvres charitables. En aidant ces institutions par des dons.

En créant, en grand nombre, des cantines maternelles où la mère trouvera le repas gratuit et la certitude d'y avoir pendant l'allaitement de son nourrisson une nourriture saine et des soins pour son enfant.

b) Par l'assistance au moment de l'accouchement.

Il faudra instituer :

Des maternités secrètes pour celles qui le désirent, la maternité à domicile pour celles qui le demandent, avec l'aide gratuite du médecin et de la sage-femme, et avec prêt du linge et du matériel obstétrical.

Des Sociétés qui se chargeraient des soins du ménage de la mère de famille pendant le temps nécessaire et fourniraient la layette de l'enfant, en même temps que les conseils d'un médecin pour la conduite de l'allaitement du nourrisson.

Des asiles de convalescence nombreux pour les femmes qui ne peuvent se reposer à domicile. Partout elles recevraient des conseils, des brochures, on leur enseignerait, en même temps que l'hygiène de l'enfant, la nécessité d'en être la nourrice.

Des cantines maternelles avec des consultations de nourrissons.

La loi de 1913 ne doit être considérée que comme une étape dans la protection légale de la femme enceinte. Elle doit s'étendre non seulement à l'ouvrière, mais à toutes les femmes nécessiteuses. Un repos, d'au moins 60 jours avant l'accouchement et de 90 jours après, devrait être obligatoire.

L'allocation de 0 fr. 50 à 1 fr. 50 qu'il faut d'ailleurs que la mère demande, étant insuffisante, il serait néces-

saire d'assimiler l'état de la femme enceinte qui quitte son emploi, à une maladie, et la faire participer pendant tout le temps de son absence au bénéfice de l'Assurance maladie obligatoire : 5 francs par jour au minimum (c'est le vœu du professeur Pinard).

Si la femme veut allaiter son enfant, elle doit être considérée comme sa nourrice salariée, recevoir un paiement suffisant, être astreinte à la surveillance médicale pour elle et son nourrisson, et à l'obligation de le présenter régulièrement aux consultations de nourrissons.

Il faudrait aussi éviter l'avortement et l'infanticide en facilitant à la mère l'abandon de son enfant quand elle ne veut pas le nourrir (on doit compter avec cette catégorie de femmes malheureusement trop nombreuses), en généralisant les bureaux d'abandon ouverts.

2° En même temps que les mesures de protection de l'enfant chez sa mère, il faut instituer la protection de l'enfant chez sa nourrice.

Elargir encore davantage la loi Roussel. Renforcer la surveillance médicale. Lutter contre l'ignorance des nourrices, surveiller l'hygiène de leurs demeures, et instituer des consultations de nourrissons.

Donner des facilités aux ouvrières et employées pour nourrir leurs enfants dans des chambres d'allaitement annexées aux usines, y établir des crèches-garderies pour les enfants au biberon, avec un personnel compétent sous la direction du médecin. Y faire surveiller l'ébullition du lait ou le faire stériliser, contrôler la propreté des berceuses et des biberons.

Telles sont les premières mesures à prendre pour assurer la naissance d'un enfant sain et vigoureux, et, par la suite, le mettre à même de profiter efficacement des soins ultérieurs de sa mère et des institutions spécialement créées pour sa sauvegarde.

CHAPITRE III

Les Consultations de Nourrissons et la protection de l'enfance

Historique. — A maintes reprises, nous avons été amenée à parler dans les chapitres précédents de la Consultation de Nourrisson.

Qu'est donc une Consultation de Nourrissons ?

C'est une institution qui a pour objet essentiel de surveiller la croissance de l'enfant, d'éprouver la valeur de l'allaitement et de conseiller les mères afin de leur éviter de commettre des erreurs d'alimentation si préjudiciables aux enfants du 1er âge.

Le professeur Budin créa la première Consultation à l'Hôpital de la Charité en 1892. A ses yeux, c'était une simple expérience destinée à surveiller des enfants nés dans son service et d'enseigner à leur mère, la conduite de l'allaitement au sein, il voulait également leur fournir du bon lait si elles-mêmes n'en avaient pas suffisamment pour leur nourrisson.

Le succès dépassa toute attente, et, devant les résultats nettement favorables, le professeur Budin fonda une autre Consultation à la Maternité, en 1895, et une troisième à la clinique Tarnier, en 1898.

Son exemple fut suivi dans de nombreux hôpitaux, et des initiatives privées fondaient, dans différents quartiers de Paris, des Consultations de Nourrissons.

L'Assistance Publique s'en émut et des Consultations furent annexées aux Dispensaires municipaux et aux maisons de secours des divers arrondissements de Paris. Le mouvement gagna la province, et, dès 1893, on voyait une Consultation de Nourrissons se fonder à Dieppe, sur le modèle de celle de Budin, et toutes les grandes villes suivirent.

Dans les départements industriels on reconnut bien vite l'utilité incontestable de ces institutions, et le Dr Cavro, en 1904 (1), pouvait faire, dans sa Thèse, une étude de 69 Consultations créées dans le seul département du Pas-de-Calais. Il donnait, en outre, des statistiques où il démontrait que la mortalité, dans certaines régions, était tombée de moitié après deux années de fonctionnement de la Consultation.

L'Etranger suivit l'exemple donné par les médecins français et, en 1897, les docteurs Lust et Keiffer fondèrent une Consultation de Nourrissons à Bruxelles. Elles se multiplièrent dans ce pays de Belgique si affreusement ravagé à l'heure actuelle, et nous apprenions tout récemment (2), que malgré l'occupation allemande, ces œuvres fonctionnent. Le Dr Lust, secrétaire général de l'Union internationale de la Protection de l'Enfance, s'occupe même de fonder des Cantines maternelles, afin d'essayer de conjurer le danger créé par la barbarie allemande qui affame les mères-nourrices.

En Italie, en Hongrie, en Roumanie, au Canada, dans les villes des Etats-Unis, partout, ces institutions se développent et se confondent avec les « Gouttes de Lait ». Citons la ville de New-York qui, en 1913, en possédait 89, soit subventionnées par la Municipalité, qui leur accorde 200.000 francs par an, soit privées.

Parallèlement à l'initiative de Budin, le Dr Dufour fondait, à Fécamp, la première Goutte de Lait.

L'idée qui était venue à Budin de sauvegarder les nourrissons élevés au sein par une surveillance des mères, avait également mûri dans l'esprit du Dr Dufour, pour les enfants nourris au biberon en leur assurant du bon lait.

Frappé de la mortalité infantile qui régnait dans sa ville parmi les enfants élevés à l'allaitement artificiel,

(1) Cavro : Consultations de nourrissons ou Goutte de lait. (*Thèse*, Lille, 1904).

(2) *Archives de Médecine des Enfants*, janvier 1917.

surtout dans la classe pauvre, et ne pouvant imposer aux mères l'allaitement naturel au sein, il voulut tout au moins conjurer le danger en instituant des distributions gratuites de lait. L'enfant y serait en même temps surveillé médicalement et son alimentation réglée.

Le mot et l'œuvre firent fortune, et dans le monde entier, la facilité d'installation des institutions de ce genre, aida à leur création. En 1902, une Goutte de Lait se fonda à Alger, elle existe encore.

Le Dr Herrgott, de Nancy, avait créé en 1899, dans sa ville, l'« Œuvre du bon lait ». Elle distribuait du lait stérilisé, mais en même temps encourageait l'allaitement maternel par des primes mensuelles. La distribution du lait stérilisé n'intervenait que pour la quantité nécessaire à compléter l'alimentation de l'enfant.

En 1902, se fonda sous les auspices du professeur Budin, la « Ligue contre la mortalité infantile » qui, par sa puissante action, contribue encore aujourd'hui à faire connaître et répandre ces institutions.

Dans les campagnes, grâce à l'initiative du Dr Mocquot, une Consultation de Nourrissons fut créée à Appoigny (Yonne), pour les enfants assistés et protégés par la loi Roussel. A jours fixes, les nourrices sont tenues d'amener leur nourrisson. Le Docteur les pèse, les examine, critique publiquement les soins donnés par la nourrice et leur fait ainsi des véritables leçons d'élevage dont elles ne manquent pas de tirer un bénéfice tout à l'avantage de leur petit pensionnaire.

De nombreuses Consultations de ce genre qui nécessitent une installation sommaire et peu coûteuse, furent organisées par des médecins inspecteurs, dont le travail pénible de visiteur à domicile était ainsi allégé, ce qui leur permettait, en outre, de consacrer plus de temps à examiner les nourrissons malades.

De nombreuses communes demandèrent l'établissement de Consultations de Nourrissons.

Nous extrayons d'un rapport de M. Achard (1) la liste suivante, montrant le développement pris par les Consultations, et aussi les obstacles qu'elles rencontrent dans leur fonctionnement.

Alpes-Maritimes. — Les Consultations n'y ont pas de succès ; 26 ont cessé de fonctionner. Les œuvres privées semblent avoir plus de succès.

Ardèche. — 4 Consultations de Nourrissons : excellents résultats.

Ardennes. — 7 Consultations de Nourrissons : bons résultats.

Cantal. — Réclame des Consultations.

Charente. — 4 Consultations de Nourrissons.

Eure. — 2 Consultations de Nourrissons.

Finistère. — 48 Consultations de Nourrissons.

Gers. — 2 Consultations de Nourrissons.

Gironde. — 35 Consultations de Nourrissons. — 21 crèches.

Ille-et-Vilaine. — Demande des Consultations en plus grand nombre.

Jura. — 10 Consultations mal suivies parce que les communications sont difficiles entre les villages trop distants.

Haute Loire. — Manque de Consultations pour les mêmes motifs.

Loiret. — 5 Consultations de Nourrissons.

Maine et-Loire. — Très nombreuses consultations de Nourrissons.

Meuse. — 25 Consultations.

Morbihan. — Les Consultations ne donnent pas de résultats ; les mères et nourrices ne comprennent pas.

Oise. — 40 Consultations qui prospèrent.

Basses-Pyrénées. — 4 Consultations, résultats satisfaisants.

Hautes-Pyrénées. — 5 Consultations.

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 21 octobre 1913.

Pyrénées-Orientales. — 1 Consultation.
Savoie. — 21 Consultations.
Seine. — 115 crèches (aucun décès d'enfant protégé dans l'enceinte de Paris).
Vendée. — 8 Consultations de Nourrissons.
Vienne. — 3 Consultations de Nourrissons.

Ce rapide aperçu ne comprend pas tous les départements, mais nous permet cependant d'apprécier le succès que rencontrent les Consultations de Nourrissons dans les campagnes. Dans certains départements montagneux, elles ne réussissent pas : les distances sont trop longues, les locaux habités trop disséminés, les intempéries sont rudes, et le transport des nourrissons impossible ; dans d'autres contrées, on se heurte à l'ignorance, dans d'autres enfin, tels que les Alpes-Maritimes, l'affluence de riches étrangers a permis, par leurs dons, de subventionner de nombreuses œuvres charitables qui ont accaparé la clientèle des Consultations. 26 de ces dernières ont dû cesser de fonctionner (Est-ce à l'avantage des nourrissons ?).

Ce qui a été fait pour l'enfant assisté, pourrait-il être effectué pour tous les enfants de la campagne ?

Il est vrai que, dans ce cas, la présentation de l'enfant n'étant plus obligatoire, on aurait à lutter contre l'ignorance et l'inertie des paysans. Mais il n'en est pas moins certain que le médecin qui s'entourerait d'un Comité de dames dévouées et attirerait par des avantages en nature ou en argent, sous forme de primes, les mères qui allaitent, de manière à les faire venir pour écouter ses conseils, faire peser leur enfant et le laisser surveiller pendant son accroissement, ce médecin, nous en avons la certitude, verrait ses efforts couronnés de succès.

Ce serait la Consultation Individuelle de Nourrissons préconisée par le Dr Dévé (1).

(1) Dévé : Réflexions critiques sur la puériculture. (*Thèse*, Paris, 1902).

Chaque médecin, pourvu qu'il soit compétent, peut organiser à son domicile une Consultation de Nourrissons. Ces Consultations peuvent fonctionner aussi bien dans les villes que dans les villages. Il en existe qui donnent de bons résultats à Paris même (à l'Œuvre des femmes en couches israélites dirigée par le Docteur Schwab) que cite le Dr Maygrier (1).

Le Dr Florentin (2) a ébauché, dans sa thèse, un projet de puériculture rurale, où il montre les obstacles que rencontrent les médecins dans la lutte, à la campagne, contre la mortalité infantile. Il préconise des Consultations de Nourrissons pour les forts villages, et un système de puériculture basé sur une sorte de mutualité, demandant aux paysans des cotisations susceptibles d'être remboursées aux mères qui allaitent par des primes de nature diverses.

Mais ce que le Dr Florentin demande surtout : c'est l'Education : éducation des jeunes filles, éducation des mères, éducation des futurs pères, éducation des sages-femmes, ainsi que celle des médecins si négligée, bien souvent, sous le rapport de la puériculture.

A leur apparition, les Consultations de Nourrissons et les Gouttes de Lait furent, un peu, considérées comme des sœurs rivales. Les premières se cantonnaient dans la direction exclusive des mères allaitant leur enfant, les autres dépassant bien souvent le but qu'elles s'étaient proposé, par des distributions quelquefois intempestives de lait, très bon, certes, mais ne valant jamais celui de la mère, faisaient un certain tort à l'allaitement maternel.

L'expérience aidant, on s'aperçut que les deux organisations ne pouvaient subsister sans se pénétrer mutuellement. Une Consultation sans « Goutte de Lait » était une tête sans bras, une « Goutte de Lait » sans

(1) Maygrier : Les Consultations de nourrissons. (Dans l'*Œuvre Médico-Chirurgical*, Fascicule du 15 octobre 1903).

(2) Florentin : *Loc. cit.*

Consultation de Nourrissons, c'est-à-dire, sans une surveillance médicale rigoureuse et journalière, constituait un corps sans tête. Et, si l'on est en droit d'accuser la « Goutte de Lait » en tant qu'œuvre de bienfaisance distribuant le lait sans un contrôle médical sévère, d'être le principal ennemi de l'allaitement au sein, ce reproche disparaît dès qu'elle est adjointe à une Consultation de Nourrissons, œuvre essentiellement médicale d'enseignement et d'encouragement à l'allaitement maternel.

D'autre part, pour que cette dernière puisse faire œuvre d'éducatrice, elle est actuellement dans l'obligation d'attirer les mères par des distributions de lait, pour la mère elle-même ou pour l'enfant si sa nourrice n'en a pas suffisamment. Et cela, tout au moins jusqu'à ce que la campagne d'enseignement entreprise ait porté ses fruits, et que, pour une mère quelconque, un appât ne soit plus nécessaire pour la faire venir à la Consultation.

Ne pourrait-on pas, ainsi que le propose le Dr Cassan dans sa thèse, renforcer l'action de la Consultation, tout en laissant à la « Goutte de Lait » sa fonction si noble de distributrice de bon lait aux mères indigentes ? Il suffirait de demander à ces mères de faire visiter leur enfant par la Consultation de Nourrissons, et ne leur délivrer de lait que sur l'autorisation et dans la quantité prescrite par le médecin. La « Goutte de Lait » serait tributrice de la Consultation qui prendrait à sa charge la surveillance médicale de l'enfant.

Le rôle important que jouent les Consultations de Nourrissons dans la protection de l'enfance, est démontré par le fait qu'aucune œuvre philanthropique n'atteint son but de protection réelle que si elle s'adjoint cette institution de surveillance médicale. Par sa souplesse la Consultation de Nourrissons s'adapte à tous les milieux. A la ville, à la campagne, à l'usine, on peut grâce à des frais relativement peu élevés instituer la surveillance médicale du 1er âge.

Malgré la difficulté d'établir des statistiques de mortalité comparée dans les villes où il y a des Consultations et des « Gouttes de Lait », on ne peut, cependant, qu'être convaincu lorsqu'on lit que dans le Pas-de-Calais la mortalité est tombée de 191‰ à 107‰ (1), particulièrement à St-Pol où elle est de 151 ‰ au lieu de 288‰, et cela, depuis la création des Consultations de Nourrissons.

A Paris, alors que 262 enfants mouraient de diarrhée pendant la 30e semaine de l'année 1900, on ne comptait aucun décès par diarrhée à la Consultation de la Clinique Tarnier. A Montpellier (2), la mortalité par gastro-entérite était de 5,6‰ pour les enfants de 0 à 3 ans à la Consultation, alors qu'elle était de 34,5‰ en ville. Sur 1.000 décès de nourrissons de 0 à 3 ans la proportion était de 38 à la Consultation et 320 en ville.

Le Dr Cassan donne la proportion de 3,6 % pour la mortalité des nourrissons de la Consultation de la Clinique obstétricale de Lyon (1903-1905) alors qu'en ville elle était de 10 %.

Nous pourrions multiplier les statistiques, nous verrons plus loin celles de la Consultation de Nourrissons d'Alger et toutes démontrent avec netteté l'importance de l'Institution de la Consultation de Nourrissons au point de vue de l'abaissement de la mortalité infantile.

Nous nous proposons, dans la suite de cet ouvrage, de retracer les débuts et enregistrer les résultats acquis dans la Consultation de Nourrissons de l'Hôpital Civil de Mustapha à Alger. A notre arrivée dans cette ville, nous avons eu le bonheur d'assister à la naissance de cette Consultation, la première Consultation officielle en Algérie. Nous voulons aussi démontrer la nécessité de multiplier ces institutions en Algérie, pour lutter contre la mortalité infantile européenne et indigène.

(1) Anderodias : In Pratique des maladies des enfants de Cruchet.

(2) Bosc : Précis d'alimentation du nourrisson. Montpellier.

CHAPITRE IV

La Consultation de Nourissons d'Alger

Au mois de mars 1913, à l'instigation de notre maître, M. le professeur Crespin, les médecins de l'Hôpital Civil de Mustapha à Alger, votaient à l'unanimité la constitution d'une Consultation de Nourrissons, avec distribution de lait et de médicaments, et l'Administration supérieure acceptait ce projet. Jusqu'à ce moment, les nourrissons étaient vus, mais officieusement, soit dans le service de M. le Professeur Crespin, soit dans le service de M. le Professeur Rouvier, à la Maternité.

En Algérie, jusqu'à ce jour, le nourrisson n'avait été l'objet d'aucune étude spéciale, et il y avait là une lacune à combler.

L'enfant algérien nécessite une surveillance de tous les instants, les chaleurs fortes de l'été influent sur sa santé fragile, le moindre écart de régime, le moindre relâchement dans les soins de sa mère, en font une victime toute prête pour la gastro-entérite et les nombreuses maladies infectieuses qui le guettent. Et, bien que l'Algérie soit encore un pays à natalité relativement forte, les mêmes raisons qui sont cause de la décroissance de la natalité en France, semblent produire un arrêt dans l'augmentation de sa population.

De plus, l'Algérie a fourni sa large part dans l'holocauste patriotique que nous faisons à la paix future, et nombre de ses enfants ne reverront plus leur pays. Il importe donc, comme partout ailleurs, de sauvegarder l'enfant par des institutions qui, à l'heure actuelle, ont fait leurs preuves et sont parmi les meilleurs instruments dans la lutte contre la mortalité infantile.

Le projet, après bien des retards, fut adopté le 1er août 1914. A la veille de la mobilisation générale, la Consultation fonctionna officiellement.

Les circonstances actuelles, n'ont pas permis de faire de cette Consultation une école modèle de puériculture, et il reste bien des modifications à y apporter, surtout au point de vue de l'aménagement intérieur, pour qu'elle réponde à toutes les exigences de l'hygiène moderne.

Telle que, la Consultation de Nourrissons, devenue aussi celle des enfants du 2e et même du 3e âge (1), a sauvé bon nombre de ces petits êtres que connaissent bien ceux qui ont fréquenté les consultations infantiles des hôpitaux.

Fonctionnement matériel

La Consultation fonctionne à la Salle Bouillaud.

Elle se compose :

1° D'une salle d'attente,
2° D'une salle de pesée,
3° D'une salle de pansements,
4° Du Cabinet du Docteur,
5° Du Laboratoire.

La Salle d'attente est suffisamment large et bien aérée, chauffée l'hiver. Comme en Algérie, le climat permet le plus souvent de garder les enfants en plein air, des bancs sont aménagés devant la Salle, et les mères peuvent attendre leur tour, assises, dans la grande allée de l'hôpital.

La salle de pesée se compose d'une table avec une balance pour nourrissons et une bascule pour les enfants plus âgés. Une dame assistante ou une nurse, y dresse la fiche reproduite ci-contre

(1) Nous entendons en parlant des enfants du 1er âge, ceux de 0 à 12 mois ; du 2e âge ceux de 12 mois à 30 mois ; du 3e âge ceux de 2 ans 1/2 à 15 ans.

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

SERVICE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR CRESPIN

N° PUÉRICULTURE

LABORATOIRE

.....

.....

.....

Diagnostic .....

.....

Nom *Prénoms* *Rue*

PÈRE :

Race *Age* *Profession*

MÈRE :

Race *Age* *Profession*

ENFANT :

Né le

Age *Poids actuel*

L'enfant est-il né à terme ?

Poids de naissance ?

Présentait-il quelque chose d'anormal à sa naissance ?

Cette fiche est en carton fort, pliée en deux pour qu'on y puisse glisser, au besoin, des feuilles intercalaires et constitue un véritable dossier sanitaire de l'enfant.

Le Laboratoire : Jusqu'à présent, la « Cuisine de la Consultation des Nourrissons » fonctionne à la Pharmacie de l'Hôpital. Elle fournit du lait et des préparations farineuses aux mères nécessiteuses, dans l'impossibilité absolue de nourrir leur enfant, ou à celles qui

sont obligées de recourir à l'allaitement mixte. Elle stérilise le lait, prépare le babeurre et le lait écrémé acide. Le Laboratoire de la Consultation ne sert qu'aux analyses prescrites par le Chef de service.

La salle de pansements sert aux piqûres et aux divers soins que nécessite l'état des petits malades.

Le Budget de la consultation est assuré par le Gouvernement Général d'Algérie, il est augmenté d'une somme de 2.500 francs montant d'une subvention de la Ville d'Alger, pour la distribution de médicaments, lait, produits lactés. Il est de 10.000 francs environ par an.

Personnel : Le personnel se compose d'un médecin assistant de Consultation, d'un Chef de laboratoire, d'une dame assistante payée, d'un garçon de laboratoire. En dehors du personnel salarié, viennent offrir leurs services et faire ainsi leur éducation de mère, des dames ou jeunes filles (malheureusement en trop petit nombre) ainsi que des nurses de l'école d'infirmières fondée à l'hôpital Parnet (à Hussein-Dey près d'Alger) qui, à tour de rôle, font un stage dans la Consultation.

De plus, l'installation radiothérapique de l'hôpital est mise à la disposition de la Consultation pour les besoins éventuels.

Fonctionnement Clinique

La Consultation est quotidienne.

Outre les nourrissons (de 0 à 30 mois) la Consultation examine tous les enfants qu'on lui présente jusqu'à 15 ans.

Bien qu'on s'y applique de toutes les manières possibles à imposer l'allaitement au sein, on y distribue également du lait bouilli à l'hôpital, du lait stérilisé à l'hôpital, du babeurre, du lait écrémé acide (formule de Marfan) également préparés à la pharmacie de l'hôpital, du lait sec et des farines lactées ou non, ainsi que les médicaments prescrits par le Chef de la Consultation.

On distribue également à la mère des imprimés expo-

sant le mode de préparation de l'eau de riz, du bouillon de légumes, du lait écrémé acide, etc., et sur lesquels on insiste auprès des mères et nourrices, pour les mettre en garde contre le danger de laisser s'installer une diarrhée et des vomissements même bénins en apparence.

On remet en outre à chaque mère des tracts rédigés avec le plus de simplicité possible, suivant l'exemple donné par le professeur Pinard. Nous ne pouvons que reproduire celui qu'on distribue à la Consultation de Nourrissons, car il résume tout l'enseignement que l'on y donne aux mères.

Conseils aux Mères

Tous les ans, un grand nombre de nourrissons sont enlevés par l'Entérite, maladie redoutable due à une alimentation mal comprise, et qu'on peut éviter en suivant des règles simples. De même le Rachitisme, qui rend les enfants infirmes pour toujours, est dû à une alimentation vicieuse, dans un grand nombre de cas.

Les nourrissons doivent être surveillés, et à la moindre indisposition, les parents doivent recourir au médecin, qui seul peut prescrire l'alimentation convenable, à l'état de santé comme à l'état de maladie.

Enfant au sein. — Le lait de la femme est le seul qui convienne parfaitement au nourrisson.

L'enfant qui en est privé risque à chaque instant une grave maladie.

Une mère ne doit renoncer à allaiter que sur l'avis formel d'un médecin.

Beaucoup de femmes croient qu'elles n'ont pas de lait, alors qu'elles en ont ou en auront beaucoup. Le lait, parfois peu abondant dans les premiers jours ou les premières semaines, augmente bientôt sous l'influence de la succion du bébé.

Dans beaucoup de maladies, la mère peut continuer à allaiter ; c'est au médecin de décider.

Jusqu'à 8 mois, l'enfant ne doit prendre que du lait.

Pendant les trois premiers mois, il tétera toutes les deux heures et demie dans le jour, une fois et deux au maximum dans la nuit, soit 8 tétées, pendant un quart d'heure environ.

La nourrice laissera crier l'enfant jusqu'à l'heure de la tétée, et ne craindra pas de le réveiller s'il dort quand l'heure de téter arrivera. Au bout de peu de jours, l'enfant sera éduqué, ne criera plus entre les tétées, et se réveillera de lui-même, au moment fixé pour son repas. S'il en était autrement, c'est que l'enfant serait malade, et l'on devrait demander l'avis du médecin.

Du reste, un nourrisson, même bien portant, doit être surveillé et pesé, pour se rendre compte de l'augmentation normale du poids.

De 3 à 6 mois, l'enfant tétera seulement 7 fois, tétées plus espacées et plus copieuses naturellement.

De 6 mois à 8 mois, il n'y aura plus que 6 tétées. A partir de 8 mois, on remplacera une tétée par une bouillie (farine de riz, de blé ou d'orge avec lait de vache), et peu à peu, très graduellement, en augmentant le nombre et l'épaisseur des bouillies, on arrivera à supprimer le sein — généralement pas avant 15 mois.

C'est le Sevrage, qu'on ne doit pas réaliser pendant les mois chauds, mois de l'Entérite (juillet, août, septembre, souvent octobre).

Enfant au biberon. — L'enfant au biberon est plus exposé aux maladies que l'enfant au sein.

L'allaitement au biberon ne sera donné que lorsque l'allaitement au sein sera vraiment reconnu impossible. Cet allaitement devra être surveillé minutieusement. On emploiera du lait de vache stérilisé ou bouilli et dans des biberons extrêmement propres, ébouillantés après chaque prise de lait. Les tétines seront également ébouillantées et conservées dans un verre contenant de l'eau bouillie et une cuillère à café de bicarbonate de soude.

Les prises de lait seront réglementées comme les té-

tées de l'enfant au sein, et pendant les trois premiers mois, on devra couper le lait avec de l'eau bouillie, dans les proportions indiquées par le médecin.

Le nombre des prises de lait sera le même que le nombre des tétées ; mais il faudra les espacer de 3 heures au lieu de 2 h. 1/2.

Comme pour l'enfant au sein, on ne donnera que du lait jusqu'à 8 mois, époque à laquelle on donnera des bouillies farineuses ; mais jamais la quantité de lait ne devra dépasser un litre.

Allaitement mixte. — Il y aura souvent avantage, si la mère n'a pas beaucoup de lait, à compléter les tétées par un biberon plus ou moins copieux. Le lait de femme aide à digérer le lait de vache.

De 15 mois à 20 mois. — L'enfant ne doit pas manger de tout, et les parents doivent s'abstenir de lui donner l'alimentation familiale, les bouillons gras, les sauces pimentées et épicées, le café toujours nuisible.

L'enfant prendra un litre de lait avec des bouillies. Cinq repas, dont trois seront composés de 200 grs (un verre) de lait, et deux composés de 200 grs (un verre) de lait avec 3 cuillerées à café d'une farine plus nourrissante que les farines de céréales, blé, orge, riz, données aux enfants plus jeunes. Ce seront des farines de légumineuses, pois, lentilles, etc. A partir de 15 mois, on peut ajouter un jaune d'œuf dans les bouillies.

De 20 mois à 2 ans. — Il faut réduire le lait (pas plus d'un demi-litre par jour). Quatre repas seulement seront nécessaires.

Rien n'est plus mauvais que de donner aux enfants un régime uniforme.

Il faudra donc varier les farines : donner des purées, un œuf entier, quelquefois des panades, un peu de pain ou gâteau sec, des compotes de fruits, parfois du poisson bouilli (poisson maigre comme le merlan). Comme boisson : eau pure (éviter de donner trop souvent des eaux minérales gazeuses).

Ne jamais donner du lait en supplément comme boisson aux repas.

De 2 ans à 4 ans. — Toujours quatre repas. A peu près les mêmes aliments que précédemment, mais en plus grande abondance. On ajoutera des légumes en nature, mais très bien cuits. On assaisonnera les aliments avec du beurre. On donnera des fruits cuits, des flans, des gâteaux de semoule, de tapioca, de riz. Le pain ne sera jamais donné en trop grande abondance. Les pâtes deviennent une grande ressource.

C'est à partir de 4 ans seulement qu'on fera intervenir la viande (cervelle d'abord, puis poulet, agneau, mouton, bœuf), et pendant longtemps on n'en donnera que de faibles quantités, en évitant toujours les sauces et les épices.

De la salle d'attente, à tour de rôle, les mères sont admises dans la salle de pesée, où chaque enfant est mesuré et posé sur la balance par une dame assistante ou par des nurses. En même temps, quelques notes sont prises sur les fiches reproduites, qui contiennent imprimées au verso, un certain nombre de questions faciles telles que :

Comment l'enfant est-il alimenté ?
Quelles maladies a-t-il présentées ?
A quel âge a-t-il eu ses premières dents ?
A quel âge a-t-il fait ses premiers pas ?
Pourquoi amenez-vous cet enfant ? etc.

L'enfant est ensuite examiné à fond par un docteur en médecine assistant, qui, selon les besoins, le réserve pour le chef de service ou l'élimine, s'il s'agit d'un enfant bien portant. Dans ce dernier cas, on conseille seulement à la mère de revenir dans huit jours pour permettre de suivre l'enfant dans sa croissance, on y ajoute quelques recommandations touchant l'hygiène

de l'enfant. Mais on dit toujours à la mère de revenir dans l'intervalle si l'enfant présente quelque trouble, même léger.

Le chef de service passe ensuite en revue les enfants que son assistant lui a réservés, mais qui sont toujours au nombre d'une dizaine environ. Grâce au « débrouillage » accompli, qui le dispense de la nécessité de poser les questions dont il a la réponse devant les yeux, le professeur se rend immédiatement compte de l'intérêt que présente le baby et en tire l'enseignement qu'il communique à son auditoire, indique le mode d'alimentation à employer, les médicaments à administrer ; il fait noter, en outre, les recherches de laboratoire qu'il juge nécessaires. Si l'état du nourrisson nécessite son admission à l'hôpital, il y est reçu immédiatement avec sa mère, dans le service du professeur.

Le laboratoire est l'auxiliaire indispensable d'une consultation hospitalière de nourrissons. Examiner les selles des nourrissons, ce qui permet mieux que tout autre procédé d'investigation de se rendre compte des capacités digestives de l'enfant, faire des prises de sang, des cuti et intra-dermo réactions à la tuberculine, des sero-diagnostics, des réactions de Wassermann, analyser le lait et les urines, employer, en un mot, tous les moyens de diagnostic pour arriver à établir scientifiquement un régime à l'enfant présenté, tel est le rôle capital du Laboratoire d'une Consultation de Nourrissons.

Statistique

Voici des tableaux montrant le nombre des enfants qui se sont présentés à la Consultation pendant les années 1914-15-16.

TABLEAU II **1914. — 766 Consultants — 2.200 Consultations**

	de 0 mois à 12 mois	de 12 mois à 30 mois	de 30 mois à 15 ans	TOTAL
Nombre de consultants	322	290	154	766
Décédés	28	17	2	47
Pourcentage	8,6 %	5,8 %	1,4 %	6,1 %

1915. — 2.960 Consultants — 6.252 Consultations

	de 0 mois à 12 mois	de 12 mois à 30 mois	de 30 mois à 15 ans	TOTAL
Nombre de consultants	968	846	1.146	2.960
Décédés	52	65	26	142
Pourcentage	5,3 %	7,4 %	2,2 %	4,7 %

1916. — 3.781 Consultants — 7.540 Consultations

	de 0 mois à 12 mois	de 12 mois à 30 mois	de 30 mois à 15 ans	TOTAL
Nombre de consultants	784	1.104	1.893	3.781
Décédés	51	62	40	153
Pourcentage	6,5 %	5,6 %	2,1 %	4,02 %

Par la comparaison de ces trois tableaux nous voyons que, dès la première année de fonctionnement, la mortalité des nourrissons, qui est de 15,7 % à Alger pour les enfants de 0 à 12 mois et de 7,5 % (1) pour ceux de 12 mois à 30 mois, est tombée respectivement à 8,6 % et 5,8 %. Encore faut-il considérer que les enfants amenés à l'hôpital, sont généralement des malades, chétifs, atrophiques ou tuberculeux, victimes déjà de la mauvaise alimentation et des écarts de régime qu'ont favorisés des parents routiniers et ignorants.

En 1915, le progrès est plus sensible encore, la mortalité des nourrissons de 0 à 12 mois tombe à 5,3 %, alors que pour la deuxième catégorie elle monte à 7,4 %. Les enfants de la 1re catégorie (0 à 12 mois), commencent déjà à profiter des leçons qui ont été prodiguées à leurs mères.

Les enfants de la 2e catégorie sont, en grand nombre, ceux qui constituaient la 1re catégorie en 1914, et continuent à supporter le fardeau des mauvais soins qu'ils ont reçus à leur naissance.

En 1916, le nombre des consultants de 0 à 12 mois a diminué, conséquence de l'abaissement de la natalité due à la guerre ; la mortalité a augmenté. L'été 1916 a

(1) Mantout : La mortalité infantile en Algérie. (*Thèse* Alger, 1914).

été très chaud, les maladies nombreuses, et le pourcentage de la mortalité est de 6,5 %. La 2e catégorie augmente le nombre de ses consultants, parmi lesquels sont beaucoup d'enfants ayant appartenu à la 1re catégorie de l'année 1915. Nous nous en rendons compte par l'abaissement notable de la mortalité (5,6 %).

Malgré l'élévation du nombre des décès de la 1re catégorie, un grand progrès est accompli en regard de la mortalité infantile urbaine dont nous avons cité plus haut le chiffre.

Nous n'avons pas tenu compte dans notre commentaire des enfants de la 3e catégorie, qui ne sont soignés à la Consultation que par nécessité et pour lesquels les statistiques sont encore imparfaites.

Années 1914-15-16. — Répartition du nombre des consultants par mois.

Les tableaux III, IV, V, nous montrent qu'en 1914, c'est le mois de septembre qui a fourni le plus de consultants : c'est le mois de l'entérite.

En 1915, les mois de juillet et août tiennent la tête : la saison chaude a été précoce et particulièrement humide.

En 1916, les mois de juillet, août et septembre ont fourni un gros contingent de malades, mais le maximum s'est montré en novembre et décembre. L'été a été chaud cependant, et on peut attribuer l'augmentation du nombre des consultants, à ce que les mères ont déjà pris l'habitude de venir à la Consultation montrer leur enfant, pour le moindre malaise, au lieu de recourir à des remèdes de bonne femme.

TABLEAU III

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

Consultation de Nourrissons et Enfants

ANNÉE 1914

MOIS	De 0 à 1 an		De 1 à 2 ans		De 2 ans et plus		TOTAL des consultants par mois	TOTAL des consultations par mois	TOTAL GÉNÉRAL	
	Consultants	Consultations	Consultants	Consultations	Consultants	Consultations			TOTAL des consultants pour l'année	TOTAL des consultations pour l'année
Janvier	6	12	1	2	4	7	11	22		
Février	16	26	6	7	5	7	27	40		
Mars	11	25	6	8	8	17	25	44		
Avril	12	20	7	7	5	6	24	33		
Mai	29	63	9	10	12	13	50	86		
Juin	34	68	8	12	26	43	68	123		
Juillet	41	101	17	44	23	36	81	181	1.082	2.200
Août	54	119	35	55	16	21	105	195		
Septembre	79	155	87	178	57	86	223	419		
Octobre	35	94	76	194	52	111	163	399		
Novembre	60	134	65	184	43	97	168	315		
Décembre	56	131	46	113	35	99	137	343		
	433	958	357	814	286	547	1.082	2.200		

TABLEAU IV

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

Consultation de Nourrissons et Enfants

ANNÉE 1915

MOIS	De 0 à 12 mois		De 12 à 30 mois		De 30 mois à 15 ans		TOTAL		TOTAL GÉNÉRAL	
	Consultants	Consultations	Consultants	Consultations	Consultants	Consultations	des consultants par mois	des consultations par mois	Nombre de consultants pour l'année	Nombre de consultations pour l'année
Janvier.....	62	165	34	69	68	116	164	350		
Février.....	80	177	55	111	71	111	206	399		
Mars.....	74	177	59	136	75	135	208	448		
Avril.....	69	168	47	114	70	124	186	406		
Mai.....	74	167	96	147	85	156	255	470		
Juin.....	99	238	67	154	108	190	274	582	2.960	6,252
Juillet.....	103	288	93	224	101	181	297	693		
Août.....	102	320	96	195	118	253	346	768		
Septembre.....	94	259	85	190	114	206	293	655		
Octobre.....	83	186	78	215	108	194	269	595		
Novembre.....	79	169	59	138	87	128	225	435		
Décembre.....	49	123	77	156	111	172	237	451		
TOTAL par an...	968	2.437	846	1.849	1.146	1.966	2.960	6.252		
Décédés.....	52		64		26		»		142	

TABLEAU V

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

Consultation de Nourrissons et Enfants

ANNÉE 1916

MOIS	De 0 à 12 mois		De 12 à 30 mois		De 30 mois à 15 ans		TOTAL PAR MOIS	
	Consultants	Consultations	Consultants	Consultations	Consultants	Consultations	Consultants	Consultations
Janvier	51	113	64	137	97	215	212	465
Février	43	153	64	156	115	243	222	552
Mars	54	113	85	169	155	241	294	523
Avril	42	76	72	144	120	183	234	403
Mai	60	110	85	175	148	229	293	514
Juin	58	122	106	204	168	262	332	588
Juillet	65	193	120	243	183	337	368	773
Août	87	209	123	239	214	366	424	814
Septembre	72	190	103	206	175	283	350	679
Octobre	80	188	100	138	190	365	370	691
Novembre	85	245	95	265	178	303	358	813
Décembre	87	256	87	235	150	234	324	725
TOTAL par an	784	1.968	1.104	2.311	1.893	3.261	3.781	7.540
Décédés	44		62		47		153	

Répartition des décès par causes et par mois

Les tableaux VI et VII sont intéressants, ils nous montrent la fréquence des cas de tuberculose particulièrement nombreux chez les nourrissons de 0 à 12 mois, alors qu'on a toujours soutenu la rareté de la tuberculose dans la 1re année. Beaucoup d'enfants considérés comme des atrophiques purs sont en réalité des tuberculeux, les procédés d'investigation actuels permettent de s'en rendre compte.

En 1914, sur 28 décès, 7 sont dus à la tuberculose chez les nourrissons ; en 1915, 13 décès de nourrissons (4 de 0 à 12 mois, 9 de 12 à 30 mois). En 1916, 9 décès (2 de 0 à 12 mois, 7 de 12 à 30 mois). Voilà des chiffres qui donnent à réfléchir en montrant la menace que constitue la tuberculose pour le nourrisson.

La gastro-entérite fait encore plus de ravages : 31 décès par gastro-entérite, tel est le nombre de victimes parmi nos petits consultants, en 1915 : (16 de 0 à 12 mois, 15 de 12 à 30 mois). La répartition de ces décès par mois nous montre, d'une façon frappante, l'implacabilité de cette maladie (1). L'année 1915, n'a pas été marquée par une grande épidémie estivale, la chaleur et l'humidité très grande, ont favorisé l'éclosion de la maladie. Les pauvres petits malades ont été soignés, l'infection a pu être combattue par la thérapeutique et les conseils du professeur. Beaucoup ont été sauvés, mais souvent aussi, la mort est survenue en plein automne, même en hiver. En 1916, nous ne constatons plus que 20 décès dus à la gastro-entérite. Nous ne saurions encore tirer des conclusions, par la seule comparaison de deux années, mais le résultat, eu égard surtout à l'état souvent désespéré des malades que l'on amène à la Consultation, est encourageant.

La syphilis congénitale se marque par 5 décès de nourrissons en 1915, et 7 en 1916.

(1) 1 décès en mai, 4 en juillet, 6 en août, 4 en septembre, 8 en octobre, 5 en novembre, 3 en décembre.

Tableau VI Répartition des décès par causes et par mois

ANNÉE 1915	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septem.	Octobre	Novem.	Décem	TOTAL
Débilité congénitale	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Bronchite	1	1^2	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	3
Infection ombilicale	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Eclampsie infantile	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Hypotrophie	»	1^2	»	1.1^2	1.1^2	»	1.2^2	2.1^2	1^2	»	»	»	12
Pleurésie purulente	»	1^2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Broncho-pneumonie	»	1^2	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	2
Broncho-pneumonie rubéolique	»	»	»	»	»	1.1^2	»	»	»	»	»	»	2
Rougeole	»	»	»	»	»	1	1.1^2	$1^2 1^3$	»	»	»	1^2	6
Méningite tuberculeuse	»	1^3	1	»	$1^3 1$	»	»	»	»	»	1^3	»	5
Vomissements incoercibles	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Syphilis	»	»	1^2	1^2	»	1^2	1	»	1	»	»	»	5
Mastoïdite	»	»	1^2	»	»	»	»	»	»	»	1	»	3
Pyodermite cachectisante	»	»	»	1^2	1	»	1^3	»	»	»	»	»	3
Pneumonie	»	»	»	1^3	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Tuberculose pulmonaire	»	»	»	3^3	$1.1^2 1^3$	1^2	$1.4^2 3^2$	2^2	»	1^3	1	1.1^2	21
Entérite-gastro-entérite	»	»	»	»	1	»	2.2^2	5.1^2	2.2^2	3.5^2	1.4^2	2.1^2	31

Rachitisme	»	»	»	»	1^{-}	»	»	»	»	»	»	»	1
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	1	1^{2}	1.1^{3}	1^{3}	1	1^{2}	$1.2^{2}1^{3}$	11
Maladies de cœur	»	»	»	»	»	1^{3}	»	»	»	»	»	»	1
Scorbut	»	»	»	»	»	1^{3}	»	»	»	»	»	»	1
Accidents	»	»	»	»	»	1^{3}	»	»	»	1^{2}	1^{2}	»	3
Bec de lièvre total	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Athrepsie	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Lithiase vésicale	»	»	»	»	»	»	1^{2}	»	»	»	»	»	1
Méningite aiguë	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	1^{2}	1^{3}	»	»	»	2
Paludisme	»	»	»	»	»	»	»	1^{2}	»	»	»	»	1
Diphtérie	»	«	»	»	»	»	»	»	1^{2}	»	»	»	1
Ostéomyélite	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Angine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1^{3}	»	»	1
Encéphalite	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1^{2}	»	1
Causes indéterminées	»	»	»	»	1^{2}	1^{2}	1	1.1^{3}	1^{3}	1	1^{2}	2	9

A noter que dans ce tableau des décès on a maintenu la séparation des sujets en trois catégories : enfants de 0 à 12 mois, de 12 mois à 30 mois, de 30 mois à 15 ans.

Les chiffres sont ou non surmontés d'un exposant : l'exposant 3 vise les enfants de la troisième catégorie ; l'exposant 2 les enfants de la seconde catégorie ; les chiffres qui n'ont pas d'exposant se rapportent aux enfants de la première catégorie.

Tableau VII Répartition des décès par causes et par mois

ANNÉE 1916	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAL
Débilité congénitale	»	1	»	1	»	»	1	1	»	1	1	2	8
Bronchite	»	2^3	»	»	1^2	»	1.1^2	»	»	»	1^3	»	6
Broncho-pneumonie	1	»	2^2	1	1	»	»	»	»	»	»	»	5
Broncho-pneumonie-rubéolique	1^3	1^2	$1.1^2.1^3$	»	»	»	»	»	»	»	»	1	6
Rougeole	»	»	»	»	»	»	1^2	»	»	»	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	1^3	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Eclampsie infantile	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Atrophie infantile	1.1^2	1^2	»	»	»	1^3	1.1^2	1.2^2	1	1^2	1^3	»	12
Athrepsie	1	»	»	»	»	»	1	1	1	»	1	1	6
Tuberculose pulmonaire	»	$1^2.3^3$	»	$1^2.2^3$	1^2	$2^2.1^3$	$1^2.1^3$	1	»	1.1^2	2^3	1^2	19
Méningite tuberculeuse	1^3	1^2	1^2	»	1^3	»	2^3	1^3	1^3	»	»	1^2	9
Méningite aiguë	»	»	»	»	»	»	»	»	2^3	»	»	»	2
Entérite-gastro-entérite	»	»	»	1	»	1^2	1.1^2	2.2^2	1.4^2	3.3^2	»	1^2	20
Syphilis congénitale	»	»	1^2	1^2	»	»	»	»	1	»	3.1^2	»	7
Pyodermie cachectisante	»	»	»	»	»	»	»	»	1.1^2	»	»	»	2

Vomissements incoercibles.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
Fièvre typhoïde.....	»	»	»	»	»	2^3	1^3	1^2 2^3	1^2	2^2	1^2	1	11
Ictère.....	»	»	1^2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Accidents.....	»	»	»	1^2	»	1^3	»	»	»	»	1^3	»	3
Gangrène de la bouche.....	1^3	»	»	»	»	»	»	»	»	1^2	»	»	2
Diphtérie.....	1^2	1^2	»	»	»	»	»	»	»	1^2	»	»	3
Cancer abdominal.....	»	»	»	»	1^3	»	»	»	»	»	»	»	1
Brûlures.....	1^2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Eczéma.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Scorbut.....	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Polyarthrite purulente.....	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Encéphalite.....	»	1.1^3	»	»	»	»	»	1^2	»	»	»	»	3
Pleurésie purulente.....	1	»	»	1^2	1^3	»	»	»	»	»	»	»	3
Hémiplégie infantile.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1^3	1
Causes indéterminées.....	2.3^2	1^2	»	»	»	$1.1^2 1^3$	1	1^3	2^3	1^2	»	1^2	16

En 1915, nous trouvons 11 cas de décès par fièvre typhoïde dont 8 chez les nourrissons, nous en trouvons encore 11 dont 6 nourrissons en 1916. Grâce au laboratoire, et par l'analyse du sang, nous avons pu déceler la présence de cette maladie chez de nombreux nourrissons. Cela prouverait qu'il faut considérer la fièvre typhoïde comme bien plus fréquente chez le nourrisson qu'on le pensait jusqu'aujourd'hui, et que, tout au moins pour l'Algérie, il faut la chercher chez tout nourrisson atteint de fièvre continue.

La broncho-pneumonie rubéolique fait très peu de victimes. Cependant, les épidémies de rougeole existent, mais, malgré l'ignorance des parents, qui calfeutrent et surchargent de couvertures leur enfant malade, l'air et la lumière pénètrent dans les appartements légèrement construits et remplissent leur office d'assainissement.

Le Dr Hermann Legrand, d'Alexandrie (1), prétend que la rougeole et ses complications tiennent la première place en Egypte comme en Algérie. Les statistiques de la Consultation, et l'expérience que nous avons nous-même acquise dans l'intérieur de l'Algérie, en remplissant les fonctions de médecin de colonisation intérimaire pendant deux années de guerre, nous permettent de signaler le caractère bénin de la rougeole, qui se manifeste avec violence, mais cède très vite et amène rarement des complications.

L'assainissement d'Alger et des environs a bien diminué le nombre des paludéens. Les cas de décès chez le nourrisson sont rares. On ne peut, malheureusement, faire la même constatation dans l'intérieur de l'Algérie, où le paludisme sévit, et a fait un nombre considérable de victimes, particulièrement dans l'été 1916.

La rubrique « Causes indéterminées » s'applique aux nourrissons et enfants qui n'ont plus reparu à la Consul-

(2) Hermann Legrand. — Etude sur la mortalité infantile en Egypte. Congrès international de la goutte de lait, 1905.

tation. Le décès nous a été connu, soit par la lecture des journaux, soit par le rapport de la dame visiteuse, qui est allée elle-même, suivant les instructions qu'elle possède, demander aux parents la raison de leur absence prolongée.

Par le nombre des enfants visités, par le nombre des malades régulièrement suivis, il est visible que la Consultation répond à un besoin qui se faisait sentir à Alger. Ce qui le prouve, c'est que sa clientèle, d'abord limitée à celle du quartier populeux où se trouve situé l'hôpital, s'est étendue, sans propagande spéciale, à des quartiers très éloignés, et celui de Bab-el-Oued, pour ne citer que celui-là, a fourni un gros contingent de consultants. Nous devons attribuer cela à la propagande des mères, conquises par les méthodes employées, convaincues par les progrès qu'elles voient s'accomplir chez leur enfant. Elles se sont faites « recruteuses » au service de la Consultation.

Il est vrai que, de prime abord, ce sont les distributions de lait et d'aliments lactés qui ont tenté les mères. Mais elles ont été détrompées bien vite, car pour échapper au reproche formulé contre les Consultations qui distribuent du lait de favoriser l'allaitement artificiel, l'on n'accorde le lait qu'après un examen approfondi, que renforce encore l'analyse du laboratoire. Toute mère qui peut allaiter même partiellement son enfant, est mise en demeure par tous les moyens de persuasion de mettre au service de son enfant le lait qui lui appartient de droit.

Y réussit-on ? C'est un travail ardu de décider une mère qui, dès son accouchement, n'a pas reçu du docteur ou de la sage-femme, le conseil salutaire de nourrir son enfant au sein. Bien souvent, au contraire, ces derniers facilitent à la mère cette abstention néfaste, en acceptant les raisons spécieuses qu'elle leur présente.

Cela tient à une lacune de l'enseignement médical actuel, qui néglige l'enseignement essentiel, à nos yeux,

de la puériculture. Et si les étudiants étaient dans l'obligation de suivre un stage régulier et obligatoire dans une Consultation de Nourrissons, si la sage-femme recevait également des notions étendues d'hygiène infantile, ils deviendraient, au contraire, les apôtres compétents de l'allaitement maternel. Nous n'aurions pas à déplorer le nombre si faible de nourrissons au sein qui se présentent à la Consultation et que l'on pourrait compter sur les doigts.

Vœux. — Pour que la Consultation de Nourrissons devienne, ce qui est à souhaiter, un véritable centre d'enseignement et d'assistance à Alger, une Consultation modèle qui n'aurait rien à envier à celles des grandes villes de France, et pourrait même en certains points, leur servir d'exemple, il ne manque pas de réformes à accomplir.

Pour cela il faudrait :

1° La rendre complètement autonome des autres services de l'hôpital, c'est-à-dire qu'elle possède sa « cuisine » à côté de son laboratoire, qu'elle produise elle-même son babeurre et ses autres préparations nutritives. Elle aurait également la possibilité de créer, les espaces vides ne manquant pas dans l'hôpital, une étable pour la fourniture de lait sain et pur à ses petits consultants.

2° Par une anomalie qu'excuse seul l'état de guerre où nous nous trouvons, la salle que précède l'ensemble de la Consultation donne asile à des malades adultes, qui constituent un danger de contagion pour les petits consultants et les enfants hospitalisés.

Il serait nécessaire de consacrer toute la salle aux enfants : une partie serait réservée aux malades sevrés ou à l'allaitement artificiel, l'autre partie aux nourrissons avec leur mère, et l'interdire aux autres malades ;

3° Pour éviter le risque de contagion dans la Consultation, ce qui ne peut manquer de se produire, malgré

les conseils donnés aux mères de faire connaître, dès leur arrivée, si leur enfant est malade, il faut pratiquer le « boxage » de la salle d'attente. Des cloisons vitrées diviseraient la salle en compartiments distincts, qu'on pourrait désinfecter complètement après chaque séance. Une partie suffisamment vaste, servirait aux enfants dans leur état habituel. Les autres compartiments donneraient abri aux consultants qui, d'après l'examen sommaire subi à leur entrée, présenteraient le moindre signe de maladie contagieuse, et qui attendraient là, la visite du médecin ;

4° La Ville d'Alger possédait, au dernier recensement (1911), près de 2.000 enfants européens de 0 à 1 an. Ce nombre a dû diminuer depuis ; malgré cela, il est encore assez important pour que la Consultation de l'Hôpital, qui a accueilli, en 1916, un nombre si grand de consultants, devienne impuissante avec les moyens actuels, à examiner soigneusement, à diriger avec rigueur, à catéchiser longuement les mères des enfants venus trop nombreux.

De plus, la configuration de la ville s'étendant toute en longueur en suivant la courbe de la baie d'Alger, allonge la distance qui sépare l'hôpital situé sur un point éloigné à l'est du cercle de l'extrémité ouest de ce même cercle. Les mères perdent donc du temps et ont des frais de tramway pour arriver jusqu'à la Consultation. Il serait désirable qu'à Alger, comme dans toutes les villes de grande étendue, on crée des locaux de Consultation dans les quartiers excentriques. Rattachées, si possible, à la Consultation centrale, elles auraient la possibilité de recourir à cette organisation complète pour les cas où l'état d'un enfant nécessiterait un examen approfondi, demandant les ressources d'un laboratoire spécialement outillé.

A l'hôpital, sont soignés environ un tiers du chiffre total des enfants de 0 à 1 an d'Alger, un second tiers que l'éloignement empêche de venir jusqu'à Mustapha, profiterait des organisations des quartiers éloignés. Le

troisième tiers étant constitué par la classe des enfants aisés, il se trouverait que la classe indigente de la ville aurait les moyens d'obtenir l'assistance pour tous ses enfants de 0 à 1 an.

Il est certain que les enfants de la classe aisée devraient également profiter du contrôle médical, et venir régulièrement, avoir recours à ce contrôle médical et à la balance. Ils y trouveraient d'ailleurs du bon lait qui leur serait cédé avec un petit bénéfice. Cela permettrait de distribuer une plus grande quantité de lait aux indigents.

Pour les enfants indigènes, un service médical existe déjà dans la Clinique indigène que dirige avec compétence Madame Poly Garnier. Elle reçoit les femmes et enfants indigènes. Mais ce n'est pas une Consultation de Nourrissons et infantile au sens propre du mot, il y aurait même intérêt à ce qu'elle soit doublée d'une Consultation de Nourrissons rattachée au besoin à la Consultation centrale. Nous formulons d'ailleurs le même souhait pour toutes les œuvres d'Alger, s'occupant de l'enfance du 1er âge ;

5° Il existe, à Alger, nombre d'œuvres d'assistance dues à la bienfaisance privée qui rendent des services incontestables à la population indigente. Nous nous contenterons de citer : l'Assistance aux Mères (1), la Goutte de Lait, l'Œuvre des Familles nombreuses (M. le Professeur Rouvier, Président), l'Œuvre de Solidarité (Dr Rouby, Président).

Il serait souhaitable que par une union plus intime de l'Assistance privée et de l'Assistance publique, les efforts communs des deux organisations convergent vers un même but, l'abaissement de la mortalité infantile.

L'Assistance publique a besoin du capital que constitue l'appui moral et matériel, ainsi que le dévouement de la bienfaisance privée. Sans l'aide des femmes de

(1) Madame Ardaillon, Présidente.

bien, visiteuses, infirmières volontaires, sans le secours des donations qui viennent à l'aide d'un budget d'assistance forcément limité parce que public, une Consultation ne peut atteindre son plein effet. A côté de l'Assistance médicale proprement dite, il faut l'Assistance matérielle et morale qui donne à la mère indigente, en même temps que les conseils, les moyens de les mettre à profit, la débarrasse d'une partie des soucis de la misère et l'encourage ainsi, à avoir d'autres enfants.

C'est dans une fusion étroite des diverses œuvres s'étayant mutuellement, les unes prêtant leur assistance médicale, les autres leur fortune et leur aide morale, que nous pourrons combler les vides causés par la catastrophe dont nous vivons les tragiques péripéties. De cette manière seulement nous pourrons insuffler une vie saine et forte à notre race et préparer, dans l'hygiène, le repeuplement de notre France si chère et si éprouvée.

Cette fusion est-elle possible ? Nous n'hésitons pas à répondre : oui ! Voici à l'appui de cette affirmation une étude de M. Smith Garrets parue dans un journal en anglais et que traduit le journal *Le Nourrisson* (1) :

« La Cité de New-York compte actuellement près de 200 organisations directement ou indirectement intéressées à la protection de l'enfance. Elles comprennent, outre la division d'Hygiène Infantile du département de la Santé, des sociétés privées dirigeant des centres de distribution de lait aux nourrissons, des associations de nurses visiteuses, des hôpitaux spéciaux, des garderies, un service social, des œuvres de protection pour la mère et l'enfant, des comités de recherches sur la mortalité infantile, etc. En 1911, il existait sept à huit centres de distribution de lait groupés en 7 sociétés différentes, qu'un excès de zèle amenait souvent

(1) Smith Garrets. — Organized cooperation in Infant Welfare Work (La coopération organisée de la protection de l'enfance). *Archives of Pédiatric* (n° du 6 juin 1914).

à de fâcheux froissements. Au printemps 1911, elles se fondent en une fédération qui divise la cité de New-York en districts, eux-mêmes subdivisés, afin d'éviter les empiètements mutuels des centres distributeurs. En juin 1912, ce début d'organisation se complète, en substituant au groupement antérieur, une association reliée aux hôpitaux spéciaux, garderies, service social, etc., avec des sous-comités pour répartir la besogne. Le département de la Santé a assuré, de son côté, une part de l'existence matérielle de cette entreprise si complexe.

« De plus, l'association nouvelle (Babie's Welfare Association), par une publicité intensive, a su attirer à elle de nombreuses sympathies et des donations qui lui permettent désormais de vivre d'une manière autonome ; signalons que les journaux politiques lui ont apporté leur concours désintéressé et permanent ».

C'est un exemple frappant de l'Union de la Bienfaisance privée avec l'Assistance publique, qui doit nous montrer la voie dans laquelle il est nécessaire de s'engager.

Pourquoi une ville comme Alger ne centraliserait-elle pas les différentes œuvres de bienfaisance en une Ligue unique avec l'appui de l'Assistance publique ?

Que de gaspillages d'argent et de bonne volonté seraient évités, et combien il serait facile, sous une impulsion clairvoyante, d'entreprendre auprès des mères, une campagne d'enseignement par la parole, par les écrits, par l'assistance doublée de la surveillance médicale et lutter efficacement contre la mortalité infantile, en encourageant, en même temps, la natalité.

D'autres préoccupations plus immédiates et aussi nécessaires, retiennent auprès de nos blessés et mutilés tout un monde de dévoûment féminin qui se dépense sans compter. Mais après la victoire, ce désir de se sacrifier, de donner son temps et ses forces à la défense des vies françaises restera-t-il inemployé ?

Les Dames de la Croix-Rouge et les Dames françaises

rendues à leurs occupations civiles ne continueront-elles pas à travailler encore pour leur pays ?

Un beau rôle s'offre à elles. Avec un complément, rapidement acquis dans les Consultations de Nourrissons, des notions d'hygiène et de puériculture qui leur manquent, elles seront celles qui, après avoir rendu la vie à des centaines d'adultes, arracheront à la mort des milliers d'enfants. Nous attendons d'elles, l'effort qui rendra efficace l'enseignement donné aux mères dans les Consultations, elles seront les soigneuses bénévoles, les visiteuses dévouées, qui harcèleront les mères récalcitrantes. Elles seront la foule des femmes qui feront une muraille protectrice autour du flot de vie nouvelle, destiné à combler les vides produits par la mort. Les riches consacreront leur temps et leur fortune à protéger l'enfance, si elles ne consentent à prêcher d'exemple, en donnant naissance à de beaux enfants et en les nourrissant elles-mêmes ; les pauvres, ah ! nous en avons la certitude, elles ne refuseront jamais la maternité si on leur en allège la charge.

Et il est temps d'y penser, il est temps de préparer la jeune génération actuelle à sa tâche future.

La jeune fille, dès l'école primaire, doit être habituée à considérer la Maternité comme un devoir, dès l'école primaire, on doit l'intéresser à l'hygiène et aux soins à donner aux enfants.

L'école primaire lui en donnera le goût, l'école secondaire lui donnera les notions didactiques de l'élevage qui figurent dans le programmes des études. L'école supérieure lui donnera la science nécessaire pour instruire ses élèves, en l'obligeant à un stage dans une Pouponnière ou une Consultation de Nourrissons.

Pour les jeunes filles qui auront quitté de bonne heure l'école, les œuvres post-scolaires seront chargées de compléter leur éducation, par des cours du soir et des conférences.

Les mères seront instruites par des conférences, des brochures et des affiches. Elles devront être habituées

à consulter le médecin ou la sage-femme dès qu'elles seront enceintes, afin de recevoir des conseils obstétricaux.

Le Congrès d'Hygiène de Bruxelles, en 1903, émettait les vœux suivants.

1° Que les Administrations publiques et charitables cherchent par tous les moyens possibles à instituer des Consultations de Nourrissons dirigées par des médecins;

2° Que pour les jeunes filles, depuis l'école moyenne jusqu'à l'école normale, et spécialement dans les écoles ménagères, il soit institué des leçons pratiques d'hygiène infantile, notamment en leur faisant suivre les Consultations de Nourrissons ;

3° Que dans toutes les communes, des notices sur l'allaitement et l'hygiène des nouveaux nés, en tête desquelles figure ce précepte « que jamais l'allaitement artificiel ne vaut l'allaitement naturel, soient délivrées au moment du mariage et de la déclaration de naissance ».

Au-dessus des mères, celle qui est chargée de recevoir l'enfant à sa venue au monde, celle qui exerce une influence si grande sur les familles, celle à laquelle la loi permet de donner les premiers soins à l'enfant et sur l'autorité de laquelle on règle le plus souvent le régime dont dépendra la vie du nouveau-né : la sage-femme, celle-là devra être obligée de soigner particulièrement l'étude de l'hygiène infantile.

Il faut que dans les Maternités, les élèves sages-femmes soient chargées des soins aux nouveaux-nés et aux nourrissons (1), qu'elles fassent un stage obligatoire dans les Consultations de Nourrissons afin d'y acquérir la pratique de l'élevage du nourrisson.

« Pour combattre l'ignorance, cette grande cause de

(1) Cela se pratique à la maternité de Nancy depuis 1808. Goepfert.

« mortalité infantile, dit Marfan (1), on s'est adressé à « des personnes étrangères à la médecine. On instruit « des infirmières, des femmes de bonne volonté. Il fau- « drait tout d'abord instruire le médecin qui est le mis- « sionnaire indispensable dans cette croisade entreprise « contre la mortalité infantile du 1er âge. Les œuvres « de protection de la première enfance qui n'ont pas « une bonne direction médicale, donnent des résultats « insuffisants. Ces œuvres doivent fonctionner avec le « concours d'un médecin connaissant l'hygiène et la pa- « thologie des nourrissons. Et si, ajoute-t-il, beaucoup « de jeunes docteurs ignorent les éléments de la puéri- « culture, c'est parce que l'enseignement de l'hygiène « et des maladies du nourrisson n'est pas obligatoire « pour les étudiants en médecine et parce qu'il n'a pas « été organisé systématiquement pour eux ».

M. Bézy, au Congrès International de Médecine, à Paris 1900, demandait de créer, dans les Universités, un certificat de pédiâtrie exigible pour l'obtention du poste de médecin inspecteur de l'Assistance publique.

Le Congrès International de Bruxelles, en 1907, demandait que « l'enseignement officiel et particulier de la puériculture ainsi que de l'hygiène infantile fussent plus en honneur dans les divers pays ».

C'est en nous retranchant derrière l'opinion de ces pédiâtres auxquels il faut ajouter les noms les plus illustres, tels que les professeurs Pinard, Bar, Maygrier, que nous oserons demander que l'enseignement de l'Hygiène et de la Clinique infantile se généralise dans toutes les Facultés de Médecine, et que le stage dans une Consultation de Nourrissons, soit prescrit aux étudiants et étudiantes en médecine.

Depuis 1909, des cours facultatifs existaient déjà à la Fondation P. Budin, à l'Institut de Porchefontaine.

(1) Marfan. — Extrait de la leçon inaugurale de la chaire d'hygiène et de clinique infantile à Paris. — *Revue d'hygiène et de Police sanitaire*, 1915.

L'hospice des Enfants assistés avait son Institut de puériculture, s'adressant, d'après son fondateur, le Dr Variot, « aussi bien aux femmes qui le fréquenteront (ce sera l'Ecole des Mères) et à l'instruction technique et scientifique des étudiants français et étrangers qui viendront y suivre les conférences cliniques, étudier son fonctionnement ou poursuivre des recherches de laboratoire ».

En 1915, le professeur Marfan inaugurait la chaire d'Hygiène et de Clinique infantile du 1er âge à la Faculté de Médecine de Paris, et tout récemment, la chaire d'Hygiène et de Clinique infantile était créée à la Faculté d'Alger.

C'est une lacune qui est ainsi comblée et l'institution de l'enseignement officiel de la puériculture nous donne une arme de plus pour la lutte contre la mortalité infantile du 1er âge.

CHAPITRE V

Esquisse d'un plan de puériculture en Algérie

Bien que nous nous intéressions passionnément à la question de l'Assistance médicale et de la protection de l'Enfance en Algérie, nous avons réservé cette question pour la fin de notre travail.

La protection et l'assistance médicale pour l'Européen, sont organisées dans presque toutes les villes de quelque importance en Algérie. L'assistance médicale aux Indigènes est assurée dans les hôpitaux des villes et dans les infirmeries des médecins de colonisation dans l'intérieur du pays.

L'Assistance médicale de la femme et de l'enfant est assurée par des cliniques indigènes dans les principales villes d'Algérie, et notamment dans le département d'Alger où elles prennent chaque jour une extension plus grande. Ces cliniques, dirigées par des doctoresses en médecine, rendent assurément de grands services, mais au point de vue d'une protection efficace de l'enfance du 1er âge, ces institutions, qui sont cependant les mieux placées pour soigner et éduquer les enfants et les mères, n'atteignent que très peu leur but. D'ailleurs, elles ne sont pas assez répandues ni encore organisées pour les soins à donner aux nourrissons. Pour arriver à ce résultat, elles auraient besoin d'être multipliées et dotées d'un outillage médical ainsi que d'une organisation leur permettant de prendre leur part dans la lutte contre la mortalité infantile du 1er âge. Leur situation privilégiée les y aiderait puissamment. Il faudrait aussi que les visites y soient quotidiennes au lieu d'être hebdomadaires ou bi-hebdomadaires.

La loi Roussel est appliquée en Algérie aux enfants

assistés, mais pour eux comme pour les enfants de France, la situation est la même et les mêmes défectuosités que nous avons signalées à propos de l'application de cette loi subsistent.

La Ville d'Alger est, nous croyons, la seule ville qui possède encore un Tour pour les enfants abandonnés. Mais les enfants qui y sont déposés sont rares, car le système bien préférable à nos yeux du bureau d'abandon secret y fonctionne parallèlement au Tour.

Dans l'intérieur de l'Algérie, l'assistance et la protection médicale de l'enfance indigène sont tout à fait à l'état embryonnaire, il y a là, il nous semble, toute une organisation à créer.

Dans les grosses agglomérations indigènes, où l'on se heurte à une ignorance complète et à des pratiques aussi répugnantes que néfastes, il faudrait tout d'abord éduquer les Arabes. Les thèses du Dr Lévy-Bram, du Dr Bourkaïb ont traité de cette question, et le premier de ces auteurs a exposé quelques idées sur la pénétration de nos habitudes d'hygiène parmi les indigènes et les véhicules qu'il conviendrait d'employer pour y réussir. Il propose l'éducation de sages-femmes indigènes, et l'exercice de leur profession sous la surveillance du médecin de colonisation. Le Dr Bourkaïb propose le rétablissement de la fonction d'officier de santé pour les indigènes.

Nous préférons l'idée du Dr Lévy-Bram, sans craindre les périls que comporte l'emploi de la sage-femme indigène au point de vue des conflits avec le médecin, et les avortements qu'elle pourrait pratiquer.

A Madagascar, le général Galliéni a institué des écoles de sages-femmes indigènes, ayant une responsabilité nettement définie vis-à-vis du docteur européen, et les résultats en ont été des plus encourageants, alors que les écoles de médecins indigènes (équivalant aux officiers de santé) ont dû être fermées à cause des abus d'exercice qui se produisaient.

En Tunisie, l'assistance et la protection de l'enfance

sont aussi à l'état embryonnaire. A Tunis, existe cependant une Consultation de Nourrissons fondée par le Dr Bruch, où on surveille les nourrices et les enfants.

Fait curieux, certaines familles y envoient leur enfant avec sa nourrice mercenaire pour avoir un contrôle médical de la bonne alimentation que donne la nourrice à leur enfant.

Au Maroc, pays tout neuf, les œuvres d'assistance naissent seulement, et, en 1914, une Consultation de Nourrissons a été fondée à Casablanca, sous les auspices de Madame Lyautey.

Nous avons recherché la manière dont a été organisé le service d'assistance médicale et de protection de l'enfance dans différentes colonies, et nous nous sommes arrêtée sur l'organisation de deux de nos colonies parmi les plus importantes : l'Indo-Chine et Madagascar ; nous la décrirons brièvement :

Dès 1627 (1), les missionnaires avaient créé en Indo-Chine, des dispensaires, des écoles, des hôpitaux, des asiles, des crèches, des léproseries. En 1853, les sœurs fondaient à Saïgon, un dispensaire pour les enfants abandonnés.

Plusieurs orphelinats y fonctionnent. On y garde les enfants jusqu'à 18 ans, on leur donne une instruction rudimentaire, et on les emploie au travail agricole. Des Pouponnières y sont installées. Les Maternités et les Crèches y existent en grande quantité.

Pour combattre les préjugés et les pratiques barbares des matrones, « L'Association maternelle » a créé, avec le concours de la population annamite, chinoise et européenne, une école de sages-femmes indigènes auxquelles on distribue des pansements ombilicaux individuels stérilisés et des ciseaux courbes ne pouvant servir à d'autres usages.

(1) Kermorgant. — La protection de l'enfant indigène dans les colonies. *Bulletin de l'Académie de médecine* (février et mars 1916.)

Il existe en Indo-Chine, une société « Protection de l'Enfance », une société d'éducation des sourds-muets, des jeunes aveugles nécessiteux, des établissements de secours à la 1re enfance (Gouttes de Lait).

Des brochures en français enseignant les soins à donner aux nouveaux-nés et la prophylaxie des maladies contagieuses sont distribuées.

La natalité est très forte, mais la mortalité infantile est considérable. On constate une grande entente philanthropique entre l'Administration et le corps médical.

A Madagascar, en 1898, la mortalité de 0 à 5 ans s'élevait à 40 % de la mortalité générale. Le général Galliéni s'est préoccupé de la protection de l'enfance ; il a introduit des mesures légales (régularisation des mariages et des répudiations, assimilation des enfants abandonnés adoptés aux enfants engendrés) ; des mesures fiscales (impôt sur les célibataires, exemption du service militaire à tous les pères de famille, exemptions d'impôts aux pères de 5 enfants) ; des mesures politiques (institution d'une fête annuelle des enfants et dons aux mères de familles les plus nombreuses) ; des mesures médicales (création d'une école de médecine formant des médecins indigènes, d'hôpitaux, de dispensaires et d'orphelinats, de maternités indigènes, d'écoles de sages-femmes indigènes, de distributions gratuites de lait, de secours aux indigents chargés de famille, de brochures indiquant les précautions hygiéniques et médicales). Le résultat fut la renaissance de ce pays qui se dépeuplait.

Ces résultats faisaient dire au professeur Pinard : « Lorsqu'en France il y aura intérêt à avoir des enfants, lorsque ces derniers au lieu de constituer des charges, pourront devenir un profit plus ou moins immédiat pour les familles, alors seulement on verra sûrement et rapidement se produire l'augmentation de la natalité dans notre pays ! ».

En Algérie, pays de natalité et de mortalité fortes, où chaque année, chez les indigènes, il y a de véritables

hécatombes de mères par infection puerpérale et d'enfants par manque d'hygiène, on aurait intérêt à instituer des mesures plus sévères pour combattre la mortalité infantile en s'inspirant des mesures prises dans nos autres colonies.

D'autre part, si jusqu'à ce jour, l'industrie était fort peu développée, nous avons assisté depuis le début de la guerre à un grand développement industriel dans les villes, et le travail féminin y est recherché. La catégorie si intéressante des femmes employées est nombreuse, il faut s'en préoccuper.

Si, dans les villes, l'indigène s'adapte plus ou moins aux mesures d'hygiène et de prophylaxie, dans l'intérieur de l'Algérie, où il y est complètement réfractaire, les efforts de l'Assistance privée ne suffiraient pas pour arriver à sortir les misérables indigènes de leur ignorance. Ce serait au Gouvernement d'instituer une série de mesures obligatoires pour combattre la mortalité maternelle et infantile. Nous connaissons les efforts qu'il accomplit dans ce sens en multipliant les cliniques indigènes, pourquoi ne pas y adjoindre des Maternités et des Consultations de Nourrissons ? Pourquoi ne pas adjoindre une clinique avec une sage-femme indigène à chaque centre de colonisation ? Pourquoi non plus ne pas établir une échelle de sanctions pour les infractions trop graves à l'hygiène dans les douars ?

Dans l'intérieur de l'Algérie, où européens et indigènes vivent côte à côte, comme employeurs et employés, il est nécessaire de ne pas laisser subsister des foyers de contamination préjudiciables à l'avenir des deux races. C'est évidemment une œuvre de longue haleine, maïs néanmoins nécessaire. Après la guerre victorieuse, il faudra reconstituer notre matériel économique, nous devrons puiser dans nos colonies la main-d'œuvre qui nous fera défaut pendant de longues années. Il s'agit de favoriser le développement de cette source de travail et éviter qu'elle constitue un danger pour la santé publique dans la métropole où elle sera appelée.

De même que le général Galliéni disait : « Donnez-nous des médecins, nous vous enverrons des bataillons », nous pouvons proclamer : « Protégez efficacement la mère et l'enfant, vous aurez des travailleurs ».

Si nous passons en revue les éléments que possède l'Algérie pour entreprendre le bon combat en vue de la protection et de l'assistance de l'enfant, nous acquérons la certitude qu'on peut en les coordonnant, entreprendre avec succès une véritable « campagne puéricole ».

La Ville d'Alger et les principales villes de l'Algérie possèdent des œuvres d'Assistance publique et d'Assistance privée qui pourraient, en se solidarisant, donner une force bien plus grande à leurs efforts.

Il ne nous semble pas chimérique de considérer qu'une puériculture rationnelle pourrait ainsi s'exercer en Algérie, et rendre une vie nouvelle aux petits enfants anémiés par les chaleurs, mal nourris par leurs mères, et leur assurer la résistance et la vigueur indispensables à l'avenir de notre race.

On protégera la mère :

L'institution des refuges et refuges-ouvroirs, l'assistance aux mères, en un mot, est possible, puisqu'une œuvre de ce genre existe à Alger et y rend des services — malheureusement limités à cause de ses ressources restreintes —. Les cantines maternelles pourraient s'y développer puisque les soupes populaires existent déjà. Il s'agirait de développer et de subventionner ces œuvres, pour qu'elles puissent s'annexer des cantines maternelles gratuites et y adjoindre une Consultation de Nourrissons.

L'Assistance publique assure la Maternité secrète, le bureau d'abandon, l'abandon secret, aussi bien dans notre colonie que dans la Métropole.

La loi Strauss y protège les ouvrières et la loi Roussel les enfants assistés.

Les Mutualités Maternelles peuvent s'y développer également, puisqu'à la suite d'une conférence de Ma-

dame Bérot-Bercher, présidente de cette œuvre à Saint-Quentin, il avait été décidé, en avril 1914, de créer une Mutualité Maternelle à Alger. La guerre a arrêté ce mouvement, il reprendra après la victoire.

A Alger, il existe des crèches, on peut les adapter aux exigences modernes, une Goutte de Lait, une Consultation de Nourrissons, pour la protection de l'enfant du 1er âge. Ce sont les éléments les plus favorables à une organisation de puériculture.

Nous pourrions pour cette organisation suivre les mesures préconisées par le Pr Marfan (1) :

1° Unir en une seule Ligue les œuvres d'assistance aux nourrissons d'une région déterminée, dont l'avantage serait de faire connaître les œuvres les unes aux autres, de leur donner ainsi la possibilité de réclamer ensemble au pouvoir les subventions et améliorations nécessaires, et de collaborer avec l'Assistance publique à une organisation modèle de l'Assistance au Nourrisson dans une zone nettement limitée.

2° Diviser ces œuvres en 4 sections, comme devant composer le groupe d'Assistance au Nourrisson, qui comprendront :

a) Une ou plusieurs Consultations de Nourrissons.

b) Une ou plusieurs Crèches-garderies du type Marbeau.

c) Une Crèche-infirmerie, permettant de soigner chez les enfants des diverses crèches, les affections peu graves, ou de les envoyer chez eux, surveillés médicalement par des infirmières et des visiteuses.

d) Un asile en plein air pour les enfants sevrés.

Le Dr Schreiber propose d'ajouter à ces formations, et nous sommes de son avis :

e) Une cantine maternelle.

f) Un asile de convalescence.

g) Une pouponnière ou, à défaut, surveiller un cer-

(1) *Bulletin de la Société de Pédiâtrie* 1913, p. 313.

tain nombre de nourrices que l'on recommanderait aux parents.

Au siège central de la Ligue, il y aurait une « Maison du Nourrisson », véritable office de renseignements et centre de la lutte contre la mortalité infantile. Elle fournirait aux parents tous les renseignements concernant à un titre quelconque, la mère et l'enfant. Ce serait un centre de propagande, qui distribuerait des conseils et des brochures pour favoriser l'allaitement maternel. On y inviterait la mère à soumettre son enfant régulièrement à la surveillance médicale. Aux parents pauvres on indiquera les Consultations de Nourrissons. Les Crèches tiendront le bureau au courant des places vacantes. Si la mère ne peut nourrir, on lui indiquerait la Pouponnière ou les nourrices surveillées par la Ligue.

La Maison du Nourrisson serait également un centre d'Assistance en signalant les cas intéressants aux Sociétés de secours. Elle donnerait l'Assistance au nourrisson malade (secours à domicile, infirmières, visiteuses procédant à une surveillance quotidienne et méthodique).

La Ligue aurait des filiales dans chaque ville quelque peu importante et des délégués dans les villages qui organiseront, selon les ressources et les besoins du pays et avec l'Assistance des Municipalités, des Consultations de Nourrissons dans les Mairies, ou dans les écoles. Des tournées de conférence seront organisées.

La présentation aux Consultations de Nourrissons des enfants quels qu'ils soient devrait être obligatoire.

Le Dr Mocquot (1), fondateur des Consultations de Nourrissons à la campagne, écrit que la surveillance médicale s'impose aux mères dont les enfants sont protégés à quelque titre que ce soit par l'Etat.

« Or, les Consultations de Nourrissons permettent

(1) Dr Mocquot. La Protection de l'Enfance. *Revue philanthropique*. Mai 1916.

seules de l'exercer efficacement pourvu qu'elles remplissent certaines conditions. Elles doivent être ouvertes à toutes les mères quelle que soit leur situation, pas de catégorie, pas de privilège. Leur publicité établira entre toutes les mères une noble et saine émulation et leur permettra de profiter toutes des conseils donnés à chacune d'elles. C'est bien là la véritable école des mères ».

Il demande donc, qu'une loi rende la Consultation de Nourrissons obligatoire. « On n'est pas libre d'élever bien ou mal son enfant, l'intérêt de la patrie exige un contrôle sévère, aucune faute ne doit être permise ». Cette loi ne porterait pas atteinte au Droit du père de famille. C'est un devoir qu'elle lui demande. Autant que l'instruction est obligatoire pour l'enfant, la surveillance médicale doit l'être. « La santé physique vaut bien la santé morale ». Dans les mesures de ses facultés, le père doit les soins matériels et moraux à l'enfant, « s'il ne le peut, la Société dans son propre intérêt, lui en donnera les moyens ».

La Consultation de Nourrissons devrait donc être obligatoire.

Voilà l'œuvre que pourrait entreprendre et mener à bien la nouvelle Ligue dans les villes et dans l'intérieur de l'Algérie avec l'aide des médecins communaux et de colonisation.

Il reste la question de l'éducation. Les mères qui ne l'auront reçue à l'école, en profiteront à la Consultation de Nourrissons.

Les enfants auront dans les écoles des institutrices qu'un programme d'études aura initiées à la puériculture.

Des prospectus, des brochures, des affiches, des conférences sous les auspices de la Ligue contribueront à la vulgarisation des principes d'hygiène et de santé nécessaires au nourrisson.

Pour les indigènes des villes, on utilisera les cliniques indigènes adaptées à leur nouvelle destination, dans

l'intérieur de l'Algérie, il s'agira d'organiser tout d'abord une propagande éducatrice, attirer les mères par des primes et des dons en nature et en médicaments, éduquer des sages-femmes indigènes, leur distribuer des pansements stérilisés. Instituer des sanctions propres à faire régner une hygiène relative dans les douars ou villages habités par des indigènes.

Nous le répétons, l'effort sera long et rude, mais c'est le seul moyen de permettre le développement des races européennes et indigènes vivant dans une promiscuité souvent dangereuse dans l'intérieur de l'Algérie, et de procurer à notre cher pays les bras qui lui manqueront par suite des vides causés parmi ses citoyens par la guerre homicide.

CONCLUSIONS

La France se dépeuple, la guerre féroce que nous menons contre l'agresseur barbare a aggravé d'une façon angoissante le mal de dépopulation dont souffrait notre pays.

A des causes qui demanderaient pour être combattues, une transformation radicale, et, par conséquent, lente, de la mentalité et des conditions sociales en France, s'ajoutent les ravages de la mortalité infantile.

La lutte contre ce dernier danger est la plus facile, il s'agit de le combattre en premier lieu. Cette lutte doit commencer avant la naissance de l'enfant.

1° L'Assistance publique et privée doivent multiplier les asiles de repos pour la femme enceinte, propager le principe de la Mutualité, assurer des secours efficaces et une surveillance médicale à toute femme enceinte, quelle que soit sa situation légale. Les Maternités, les Maternités secrètes doivent être multipliées ; il faut favoriser l'accouchement à domicile en prêtant du linge et du matériel obstétrical et en prenant la charge du ménage de l'accouchée.

2° La loi de Paul Strauss prévoit des indemnités de chômage insuffisantes. Elle doit être transformée en loi assimilant la grossesse et l'accouchement à la maladie, et créer l'Assurance-maladie obligatoire pour les salariées.

Elle doit être élargie et s'appliquer à toutes les femmes nécessiteuses de la ville et de la campagne.

Après la naissance de l'enfant la lutte continue :

1° L'Assistance publique et privée devront multiplier les asiles de convalescence pour la femme accouchée, distribuer des secours d'allaitement efficaces,

répandre les Cantines maternelles et établir une surveillance médicale de la mère et de l'enfant dans les Consultations de Nourrissons ; créer des Pouponnières et des Consultations de Nourrissons avec Gouttes de Lait distribuant du bon lait ou du lait stérilisé pour compléter l'allaitement maternel, ou assurer à l'enfant un bon allaitement artificiel.

2° La loi Roussel doit être appliquée sévèrement et les enfants en nourrice rigoureusement surveillés par les médecins ; on doit en étendre le bénéfice à tous les enfants en nourrice, même chez des parents ; instituer la Consultation de Nourrissons obligatoire pour tous les enfants dont les parents ont été secourus par l'Assistance publique.

3° On doit lutter contre l'ignorance par l'éducation dès l'école primaire, en enseignant l'hygiène infantile, en créant l'étude de la puériculture dans les écoles secondaires et les écoles normales. On doit compléter ces études en faisant faire aux futures institutrices un stage dans les Consultations de Nourrissons.

4° On doit distribuer des tracts, des prospectus et affiches contenant des conseils aux mères et organiser des conférences sur l'hygiène infantile.

5° Le médecin doit être solidement instruit dans la science de la puériculture.

Les étudiants devront faire un stage dans les Consultations de Nourrissons et Cliniques infantiles. Les élèves sages-femmes devront connaître l'hygiène infantile, prodiguer les soins d'hygiène aux nouveaux-nés dans les Maternités et faire un stage dans les Consultations de Nourrissons.

6° La Consultation de Nourrissons est un des principaux instruments dans la lutte contre la mortalité infantile du 1er âge.

La Consultation de Nourrissons d'Alger ayant donné des preuves de son efficacité, il serait souhaitable que des Consultations de ce genre fussent multipliées dans les grandes villes et instituées partout en Algérie

pour les populations européennes et indigènes. Elles doivent être à la tête de toutes les fondations créées pour la protection de l'enfance. Autour d'elles doivent se grouper les autres œuvres d'Assistance privée, et agir dans l'entente la plus étroite, réunies, au besoin, dans une véritable Ligue de l'Assistance publique et privée.

7° Il serait souhaitable que le Gouvernement Général d'Algérie se préoccupe de la protection et de l'assistance médicale des enfants indigènes du 1er âge, en multipliant les cliniques indigènes, en les adaptant à leur nouvelle destination par un outillage approprié et en instituant des Consultations journalières.

8° Une propagande éducatrice d'hygiène serait nécessaire dans les tribus en utilisant les services de sages-femmes indigènes rattachées aux centres de colonisation.

9° Il serait désirable qu'on institue dans ces centres des Consultations de médecine infantile du 1er âge et qu'on y attire les mères par des dons en nature et des récompenses pour celles qui soigneraient leurs enfants d'une façon satisfaisante.

Vu : *Le Doyen de la Faculté de Médecine,*
J. CURTILLET.

Vu :
Le Président de la Thèse,
D. CRESPIN

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 9 Juin 1917.
P. Le Recteur :
Le Vice-Président du Conseil
de l'Université,
E. FICHEUR.

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE FEYGUINE. — De l'Assistance Médicale en Algérie (*Thèse*, Montpellier, 1905).

ACHARD. — Rapport à la Commission permanente de l'Enfance. (*Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 21 octobre 1913).

ANDERODIAS. — In Pratique des Maladies des Enfants de Gruchet. Baillière 1909, Paris.

Archives de Médecine des Enfants. (Janvier 1917).

BALESTRE et GILLETTA. — Etude sur la mortalité de la 1re enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897. (Paris, Doin, 1901).

BEZY. — Sur quelques points de la loi Roussel. (*XIII Congrès International de Médecine*. Paris, 1900).

BERNSON (Mlle). — Nécessité d'une loi protectrice pour la femme ouvrière. (*Thèse*, Lille, 1899).

BERTILLON. — Annuaires statistiques de la Ville de Paris 1893-94-95-96-97. — La dépopulation de la France.

BOSC. — Précis d'alimentation du Nourrisson. (Montpellier).

BOURKAIB. — Contribution à l'étude de l'Assistance médicale aux Indigènes d'Algérie. (*Thèse*, Alger, 1915).

BRAUMBERGER. — Rachitisme et crèches. (*Thèse*, Paris, 1903).

BRUCH. — Mortalité infantile. (*Bullet. Municipal de l'Algérie*, Nos 9 et 10 mai 1910).

BUDIN. — Le Nourrisson.

Bulletin de l'Académie de Médecine.

CAHEN (G.). — La Fédération des Cantines Maternelles. (*Rev. Philanthropique*, 1912, p. 441).

CAMBILLARD (M.). — Protection de l'Enfance au Congrès de Rouen. (*Rev. Philanthropique*, t. II, p. 233).

CASSAN. — Consultations de Nourrissons et Gouttes de Lait. (*Thèse*, Lyon, 1905).

CAVRO. — La Défense de l'Enfant. Consultations de Nourrissons et Gouttes de Lait. (*Thèse*, Lille, 1904).

CHAMBRELENT. — Etude sur la répartition de la mortinatalité en France. (*Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 1913, p. 626).

CHARPENTIER. — Rapports annuels de la Commission permanente de l'Hygiène de l'Enfance à M. le Ministre de l'Intérieur pour 1896 et 1897.

COMTESSE. — Le traitement de la tuberculose infantile (in Nourrisson. Novembre 1916, p. 351).

Congrès National d'Hygiène 1900.

Colson. — La tâche de demain : La population. (*Rev. des Deux-Mondes*, 15 avril 1915, p. 840).

Crespin (J.). — Rapports sur la Consultation de Médecine infantile, Hôpital Civil de Mustapha, 1914-15-16.

Delobel. — 25 années de protection des enfants du 1er âge dans le département de l'Oise (1889-1913). (*In Nourrisson*, novembre 1916).

Dévé. — Réflexions critiques de la puériculture. (*Thèse*, Paris, 1903).

Dluski (Mme). — Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. (*Thèse*, Paris, 1904).

Dufour. — Comment on crée une Goutte de Lait. (Fécamp, 1902).

Entz (Mlle). — Consultations de Nourrissons. (*Thèse*, Paris, 1900).

Florentin. — La mortalité infantile dans une région qui se dépeuple. (*Thèse*, Nancy, 1912).

Gemahling (Mme). — La maternité ouvrière et sa protection en France (Alcan, Paris, 1915).

Goepfert. — Protection et assistance de l'enfant. (*Thèse*, Nancy, 1904).

Gomma. — Assistance médicale en Tunisie. (*Thèse*, Toulouse, 1904).

Johanessen. — XIIIe Congrès international de Médecine. Paris, 1900.

Journal Officiel.

Kermorgant. — La protection de l'enfant indigène dans les Colonies. (*Bullet. de l'Acad. de Médecine*, février et mars 1916).

Legrand (H.). — Etude sur la mortalité infantile en Egypte. (Congrès International de la Goutte de Lait 1905).

Le Nourrisson, années 1914-15-16-17.

Lepage. — Note sur l'application de la loi sur l'assistance aux femmes enceintes. (*Annales d'Hygiène Publique*, janvier 1917).

Lévy-Bram. — De l'Assistance médicale des indigènes d'Algérie. (*Thèse*, Paris, 1907).

Liautey. — Contribution à l'étude de la mortalité infantile par l'allaitement artificiel. (*Thèse*, Nanct, 1904).

Macquart. — *Grande Revue*, 1901.

Mantout. — La mortalité infantile en Algérie. (*Thèse*, Alger, 1914).

Marfan. — L'Hygiène de la 1re enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897. (Paris, Doin, 1901).

MARFAN Rapport à la Commission permanente de l'Hygiène de l'Enfance. (*Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 12 octobre 1915).

— *Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 1913, p. 313.

— La protection de la 1re enfance et l'application de la loi Roussel. (*In Nourrisson*, 1er janvier 1917).

— Le pouvoir d'allaiter a-t-il diminué chez les femmes de nos jours. (*Rev. Mensuelle des Maladies de l'Enfance*, janvier 1902).

MARGOULIÈS (Mme). — L'Œuvre de la Goutte de Lait. (*Thèse*, Paris, 1903).

MAUREL. — Hygiène alimentaire du Nourrisson. (Paris, Doin, 1903).

MAYGRIER. — Les Consultations de Nourrissons. (Paris, Masson 1903).

MOCQUOT. — La Protection de l'Enfance. (*Rev. Philanthropique* mai 1916).

— La loi Roussel et les Consultations de Nourrissons, (*Obstétrique*, juillet 1903).

MOLINER. — Essai sur l'Assistance médicale et sociale à Alger. (*Thèse*, Toulouse, 1903).

MONIEZ. — *Rev. Philanthropique*, t. XII.

PETIT. — Le droit de l'enfant à sa mère. (*Thèse*, Paris, 1895).

PINARD. — *Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 5 octobre 1913.

— De la protection de l'Enfance pendant les 5 premiers mois de guerre dans le camp retranché de Paris (*Rev. d'Hygiène*, 1915).

— La protection de l'enfance pendant la 1re année de guerre dans le camp retranché de Paris. (*Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 5 octobre 1915).

— De la protection de l'enfance pendant la 2e année de guerre dans le camp retranché de Paris. (*Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 1916).

— *Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 27 janvier 1914.

PLANCHON. — Durée de l'allaitement au sein. (*Obstétrique*, 1902, p. 193).

Province Médicale, 1911.

RAYNAUD. — Etude sur l'hygiène et la médecine au Maroc. (Alger, Léon, 1902).

Revue Philanthropique.

Revue d'Hygiène et de Police sanitaire.

RICHET (CH.). — La dépopulation en France. (*Revue des Deux-Mondes*, 15 mai 1915).

RICHET (CH.). — La dépopulation en France. (*Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 15 mai 1917).

ROTSCHILD (H. DE). — Traité d'hygiène et pathologie du nouveau-né.

ROUVIER. — Précis d'hygiène de la première enfance. (Paris, Baillière, 1893).

ROUVIER. — Hygiène de la première enfance. (Paris, Doin, 1893)

SAGHER (P. DE). — Ce que doit être une parfaite Consultation de Nourrissons. IIe Congrès pour la protection de l'enfance du 1er âge.

STRAUSS. — La protection maternelle et infantile. (*Rev. d'Hygiène et de Police sanitaire*, 1917).

SMITS (GARRETS). — Organized Cooperation in Infant Welfare Work (La Coopération organisée de la protection de l'enfance). (*Archives of Pediatric*, numéro du 6 juin 1914, *In Nourrisson* 1916, nº 1, p. 59, par Blechmann).

VARIOT. — Traité d'Hygiène infantile. (Paris, Doin, 1910).

TABLES DES MATIÈRES

Avant-Propos 7

Introduction 9

Chapitre Premier. — La dépopulation de la France. — Diminution de la natalité, mortanatalité, mortalité infantile 11

Les causes, les remèdes 15

Chapitre II. — La Protection de l'Enfance 22

Avant la naissance 22

Après la naissance 33

Chapitre III. — Les Consultations de Nourrissons et la protection de l'Enfance 57

Historique 57

Chapitre IV. — La Consultation de Nourrissons d'Alger. 65

Fonctionnement matériel 66

Fonctionnement clinique 68

Statistiques 73

Vœux 86

Chapitre V. — Esquisse d'un plan de puériculture en Algérie 95

Conclusions 105

Index bibliographique 108